



mediplus
PLANOS DE SAÚDE
Por si, mais Saúde!

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PROCEDIMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS

HOSPITAL/CLINICA

NOME DO PRESTADOR

LOCALIZAÇÃO

URGENTE

AMBULATÓRIO

ELECTIVO

INTERNAMENTO CIRURGIA

DOENÇA

INTERNAMENTO MEDICINA

ACIDENTE

INTERNAMENTO PARTO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO | CARTÃO N.º

NOME



E-MAIL

MORADA

DIAGNÓSTICO (ICD-9/ICD-10)

CÓDIGO

DESCRIÇÃO

DATA DE INICIO DOS SINTOMAS

DATA DO DIAGNÓSTICO

DESDE QUANDO É SEU DOENTE?

REFERENCIADO POR

ETIOLOGIA/ETIOPATOGENIA (SÍNTESE)

EXAMES COMPLEMENTARES EFECTUADOS (Juntar cópias dos relatórios)

ACTO(S) MÉDICO(S) (Código do Acto Médico)

CÓDIGO

DESCRITIVO

%

K

N.º DIAS INTERNAMENTO

TEMPO PREVISTO BLOCO

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA PROPOSTA

NOME

FUNÇÃO

CÉDULA PROFESIONAL

OBSERVAÇÕES

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME		CÉDULA PROFISSIONAL
------	--	---------------------

DATA - - ASSINATURA

BENEFICIÁRIO (Autorização)

Autorizo os médicos, os profissionais de saúde ou as instituições de saúde de que me tenha socorrido, no âmbito deste pedido de autorização, a prestar à Mediplus ou ao médico por esta indicado, toda a informação por este solicitada, relativa ao meu estado de saúde e aos serviços clínicos prestados, nomeadamente, para efeitos de facturação.

DATA - - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
(leível)