

PEDIDO DE PRÉ-AUTORIZAÇÃO
EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
SEGURO DE SAÚDE

Apólice	
Aderente Nº	

1. PESSOA SEGURA

(Informação a ser preenchida pela Pessoa Segura)

Tomador do Seguro			Apólice Nº	
Pessoa Segura			Aderente Nº	
Doente			☐ O próprio	☐ Cônjuge ☐ Filho
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais:				
Telefone		Telemóvel		
E-mail				

2. PRÉ-AUTORIZAÇÃO

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

☐ Genética Médica	☐ Polissonografia	☐ Tomografias
☐ Ressonância Magnética	☐ Embolização arterial	☐ SPECT/CT - Cintilografia de Perfusão Cerebral
☐ TAC - Tomografia Axial Computorizada	☐ Amniocentese - (1º -2º -3º trimestre)	☐ PET - Emissão tomográfica de positrões
☐ Arteriografia	☐ Medicina Nuclear	☐ Endoscopias
☐ Angiografia	☐ Exames com recurso a sedo analgesia/anestesia geral	☐ Ecografias com doppler

3. MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

Data		/		/		Nome do Hospital/Clínica			
Regime requisitado:	☐ Internamento	☐ Ambulatório							
Procedimento previsto									
Descrição					Código de nomenclatura	C	K		
Objetivo da realização do exame:									

4. OBSERVAÇÕES

Médico Responsável (A preencher pelo Médico responsável pelo Internamento Hospitalar, plano de tratamento ou realização do exame):			
Nome completo			
Telefone de contacto	Nº cédula profissional	N.I.F	
E-mail			
Morada			
Data		/	
(Assinatura do Médico)			

5. NOTAS INFORMATIVAS

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Análise Clínica
Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA
Telef.: 21 313 4425 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt

WEBDOC VSAUD 06.13



20 00 13 00 00 00 01 21