

**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                                                                  |           |  |
| Pessoa Segura                                                                      |           |  |
| Doente                                                                             |           |  |
| Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais: |           |  |
| Telefone                                                                           | Telemóvel |  |
| E-mail                                                                             |           |  |

**2. PRÉ-AUTORIZAÇÃO**

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

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

**3. MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**

(Informação a ser preenchida pelo Médico)

|                                                                                                |                        |   |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|--------------------------|
| Data                                                                                           | /                      | / | Nome do Hospital/Clínica |
| Regime requisitado: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Ambulatório |                        |   |                          |
| <b>Procedimento previsto</b>                                                                   |                        |   |                          |
| Descrição                                                                                      | Código de nomenclatura | C | K                        |
|                                                                                                |                        |   |                          |
|                                                                                                |                        |   |                          |
|                                                                                                |                        |   |                          |
|                                                                                                |                        |   |                          |
| Objetivo da realização do exame:                                                               |                        |   |                          |
|                                                                                                |                        |   |                          |
|                                                                                                |                        |   |                          |

**4. OBSERVAÇÕES**

|                                                                                                                                           |                        |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|--|
| <b>Médico Responsável</b> (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:                                               |
| <b>VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Análise Clínica</b>                  |
| Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA                                        |
| Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt |

WEBDOC VSAUD 06.13



20 00 13 00 00 00 01 21