

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		<input type="checkbox"/> O próprio	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> 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)

<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		
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 4431 - Fax: 21 112 4525 - E-mail: anclinica@victoria-seguros.pt

WEBDOC VSAUD 06.13



1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em www.victoria-seguros.pt, podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data _____ , _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados)