

# FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO para Tratamento

Para a sua conveniência, este formulário (versão editável em PDF) está disponível em nosso site:  
[www.allianzworldwidecare.com/mocambique](http://www.allianzworldwidecare.com/mocambique)

Envie este formulário completamente preenchido para evitar atrasos na emissão da Autorização para Tratamento, pois teremos que retornar o formulário a você ou a seu médico para adquirir as informações pendentes.

A apólice do paciente deve estar em vigor no momento da realização do tratamento. Observe que o pagamento será garantido de acordo com os termos e condições da apólice e também estará sujeito à avaliação médica de toda a documentação pertinente recebida (ou a ser recebida) por nós, relativa a condição médica.

Não é necessário que a Autorização para Tratamento nos seja enviada com antecedência no caso de uma **emergência**. Contudo você, seu médico, algum dependente ou colega precisam reportar a sua internação em até **48 horas do ocorrido**.

Observe que se você ligar para a nossa Central de Atendimento (+ 353 1 645 4040), poderemos receber solicitações de Autorização para Tratamento por telefone, **caso o tratamento esteja programado para se iniciar no prazo de 72 horas**. Esteja pronto para nos fornecer o máximo de informações possíveis, incluindo dados de contato do seu médico.

A seção 1 deve ser totalmente preenchida pelo paciente ou em seu nome.

A seção 2 deve ser totalmente preenchida pelo médico.

PREENCHA ESTE FORMULÁRIO EM **LETRA DE FÔRMA**

## 1 DADOS DO PACIENTE ESTA SEÇÃO DEVE SER TOTALMENTE PREENCHIDA PELO PACIENTE OU EM SEU NOME

Número da apólice

Sr.  Sra.  Srta.  Outros  Nome

Sobrenome

Data de nascimento  /  /

## DADOS DE CONTATO indique os dados da pessoa a ser contatada com relação ao progresso dessa Autorização para Tratamento.

Nome

Grau de parentesco com o paciente (como o cônjuge, parceiro(a) ou o próprio paciente)

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

Celular  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

## A PROTEÇÃO DE SEUS DADOS PESSOAIS É DE TOTAL IMPORTÂNCIA PARA NÓS

Nossa Declaração de Proteção de Dados explica como protegemos sua privacidade. Este é um aviso importante que descreve como processaremos seus dados pessoais e deve ser lido antes de você enviar quaisquer dados pessoais para nós. Você pode ler nosso Aviso de Proteção de Dados em nosso site: [www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade](http://www.allianzworldwidecare.com/pt/privacidade)

Como alternativa, entre em contato conosco no número + 353 1 645 4040 e solicite uma cópia impressa do Aviso de Proteção de Dados por completo. Se você tiver alguma dúvida sobre como utilizamos seus dados pessoais, você também pode enviar um e-mail para: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com).

Eu concordo em renunciar quaisquer direitos que eu possa ter sobre o sigilo ou confidencialidade médica em relação às informações médicas a meu respeito e autorizo meus médicos, profissionais da saúde e qualquer estabelecimento médico competente a fornecer informação sobre minha saúde, se solicitado pela Allianz Care, seus médicos, representantes ou profissionais agindo como terceiros em casos de disputas, sujeito a restrições legais aplicáveis.

Assinatura do paciente

Data  /  /

## PRECISAMOS DE SEU CONSENTIMENTO

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), precisamos de consentimento para processar suas informações médicas e pagar seus pedidos de reembolso. Se você não tiver fornecido seu consentimento, por favor faça o login em nossos Serviços On-line, na página [my.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com), e clique nos campos relevantes para fornecer seu consentimento. Alternativamente, você pode fazer o download do Formulário de Consentimento, disponível em [www.allianzworldwidecare.com/pt/consent-form/](http://www.allianzworldwidecare.com/pt/consent-form/). Cópias impressas também estão disponíveis quando solicitadas. Observe que todos os membros da apólice maiores de 18 anos precisam fornecer seu próprio consentimento.

Este documento é uma tradução em português do "Treatment Guarantee Form". A versão original inglesa deste documento é a versão autoritária. Em caso de existir discrepâncias entre a versão traduzida e a versão original inglesa, informamos que a versão inglesa já é legalmente vinculador por si mesma.

A International Commercial & Engineering (ICE) Seguros S.A., parte do grupo ICE Insurance Holdings, é um empresa com sede em 141A Rua José Craveirinha, Maputo, Moçambique. NUEL: 100 572 532, NUIT: 400 580 952. A International Commercial & Engineering (ICE) Seguros S.A. é uma companhia de seguros nacional devidamente autorizada pelo "Instituto de Supervisão de Seguros de Moçambique" a comercializar seguros de saúde, e atua como subscritor da apólice.

A AWP Health & Life SA, atuando sob sua sucursal na Irlanda, é uma empresa de sociedade anônima regida pelo Código de Seguros Francês. A empresa é registrada na França sob o número: 401 154 679 RCS Bobigny. A sucursal da Irlanda é registrada pelo órgão Irlandês "Irish Companies Registration Office" sob o número: 907619. Endereço: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda. A Allianz Care e Allianz Partners estão registradas como razões sociais da AWP Health & Life SA.

- Caso algum tratamento adicional seja necessário, nós deveremos ser notificados.
- Todas as faturas devem nos ser enviadas em até 60 dias após a data de alta do paciente. Observe que caso haja acordos especiais entre o provedor de serviços médicos e nós, tais acordos irão prevalecer.

### Condição médica

Descreva a condição médica tratada, incluindo sintomas

Indique a causa relacionada (se conhecida)

Indique a data em que a condição foi primeiramente diagnosticada  /  /  /  /  /  /  /

Indique a data do primeiro atendimento desse quadro  /  /  /  /  /  /  /

Em que data o paciente começou a apresentar tal quadro ou tais sintomas?  /  /  /  /  /  /  /

Diagnóstico (se ainda for desconhecido, indique o diagnóstico provisório)

ICD9/10  DSM-IV  DRG

### Em caso de gravidez, forneça as informações a seguir:

Data de confirmação da gravidez pelo médico  /  /  /  /  /  /  /  Data prevista ou real para o parto  /  /  /  /  /  /  /

A expectativa é para o nascimento de um único bebê? Sim  Não

Em caso negativo, a gravidez é resultado de concepção por métodos artificiais, métodos estes diferentes da inseminação artificial? Sim  Não

Método planejado para o parto

### Tratamento

Procedimento/tratamento planejado  Data prevista para a admissão no hospital  /  /  /  /  /  /  /

### Tratamento nos EUA/Reino Unido

Código(s) CPT  Código(s) CCSD

Descrição

### Valores

Para tratamentos na Alemanha (DRG), indique o preço base (Basisfallpreis)

Tempo de permanência no hospital/clínica  Noite(s)  / dia(s)  (Marque o adequado)

Foi oferecida ao paciente alguma tarifa especial devido a um pacote de serviços? Yes  No

Se a resposta for **positiva**, indique o valor e a moeda do pacote oferecido:

Se a resposta for **negativa**, indique com detalhes os custos estimados, incluindo a moeda: Despesas hospitalares

Honorários de médicos/anestesiologistas  Valor total estimado, incluindo a moeda

### Dados do prestador de serviços médicos

Nome do hospital/prestador de serviços médicos

Endereço (incluindo o país)

E-mail (obrigatório)

Telefone  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

Fax (obrigatório)  CÓDIGO DO PAÍS  CÓDIGO DE ÁREA

### Dados do médico que solicitou o tratamento

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incl. código de país e código de área)

Fax (obrigatório, incl. código de país e código de área)

### Médico responsável pelo atendimento/pela internação

Nome

E-mail (obrigatório)

Telefone (incl. código de país e código de área)

Fax (obrigatório, incl. código de país e código de área)

### Assine, date e autentique com um carimbo oficial.

Declaro que todas as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras, estão corretas e completas.

Assinatura do médico

Data  /  /  /  /  /  /  /

CARIMBO OFICIAL DO PRESTADOR DE  
SERVIÇOS MÉDICOS

Envie este formulário no prazo de cinco dias úteis do início do tratamento, por um desses métodos:

- E-mail: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com);
- Fax: + 353 1 653 1780;
- Correio: Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

*Recomendamos que você mantenha cópias de todos os documentos que nos forem enviados, já que não podemos nos responsabilizar por correspondências extraviadas por razões que estão fora de nosso controle.*

Em caso de dúvidas, entre em contato conosco:

+ 353 1 645 4040

@ [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Para consultar a lista completa de nossos números gratuitos, acesse:

[www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)