

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESLOCAÇÃO AO ESTRANGEIRO

Nome			
Número do Cartão		Data de Nascimento	
E-mail		Telefone / Telemóvel	

Motivo da deslocação à Rede Internacional Identificação do Plano de tratamentos e/ou outros Serviços associados:

- Com exceção de Consultas e Análises, é sempre necessário o envio da Prescrição Médica, onde conste o Diagnóstico;
- Para procedimentos cirúrgicos, deve enviar Relatório de Médico Assistente, onde constem procedimentos propostos, bem como Relatório de todos os exames complementares de Diagnóstico efetuados no âmbito do pedido de acesso à Rede Internacional)

Data prevista para a deslocação		Data prevista para o regresso	
---------------------------------	--	-------------------------------	--

Médico Assistente (País de Origem)	
------------------------------------	--

País de Destino	
Médico Assistente (País de Destino)	
Hospital/Clinica de Destino	

(Para mais informações acerca dos prestadores, por favor, consulte a Área Reservada da ADV – Angola www.adv-angola.com; Para mais esclarecimentos, por favor, contactar a linha de apoio a clientes)

Todos os procedimentos são sujeitos a análise e necessitam de Autorização Prévia.

Para qualquer questão, por favor, contacte:

- +244 22 643 45 14 / +244 94 688 53 60 / 1 (Angola);
- +351 707 78 20 60 (Portugal).

Assinatura da Pessoa Segura ou representante legal _____

Data ____ / ____ / ____