|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – DERMATOLOGIA** | | | | | | | | | | | |
| POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS | | | | | | | | | | | |
| Nome do Doente: | | | | | | Comp.Seguros/plano Privado: | | | | | |
| Nº do cartão: | | | | | | Idade do Doente: | | | | | |
| PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO | | | | | | | | | | | |
| **1. Doença/Diagnóstico** | | | | | | | | | | | |
| Desde quando é que segue este Doente? | | | | Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente? | | | | | | |
|
| **Diagnósticos** | | | | **Data início sintomas** | | | | **ICD-9** | | | |
|  | | | | / / | | | |  | | | |
|  | | | | / / | | | |  | | | |
| Tamanho e localização das lesões: | | | | | | | | | | | |
| Justificação para a excisão das lesões: | | | | | | | | | | | |
| **Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos** | | | | | | | | | | | |
| Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2. Acidente Sim ……. Não …….** | | | | | | | | | | | |
| Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente. | | | | | | | | | | | |
| **3. Lesões Dermatológicas** | | | | | | | | | | | |
| Para análise dos Processos de Dermatologia é necessário o envio do resultado de Anatomia Patológica da lesão excisada | | | | | | | | | | | |
| A análise do processo fica condicionada pelo envio desta informação, não sendo implícita a aprovação do processo | | | | | | | | | | | |
| Se o Cliente e o seu Médico entenderem efetuar o procedimento sem autorização prévia da Seguradora, solicitamos o favor do prestador cobrar valores convencionados. | | | | | | | | | | | |
| **4. Admissão hospitalar** | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Hospital / Clínica:** | | | | | | | | | | | |
| Ambulatório: Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **5. Descrição dos procedimentos previstos** | | | | | **Código de Nomenclatura**  **(Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)** | | | **K** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **6.Equipa Cirúrgica**: preencher apenas em caso de cirurgia | | | | | | | | | | | |
| Cirurgião ……….. |  | 1º Ajudante ………….. |  | | | |  |  | |  |
| **7. Médico Responsável pelo(s) procedimento(s)/cirurgia(s)** | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | |
| Nº de cédula: | | | Telefone/Tlm: | | | | | | Fax: | | |
| Nº de contribuinte / Entidade para faturação: | | | Valor de **K** a considerar: \_\_\_\_\_\_€ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.  **Assinatura do Médico Responsável:**  Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Autorizo o Médico e/ou Hospital a facultar esta e outras informações necessárias à minha Seguradora/ Médico representante do meu Plano Privado de Saúde e à AdvanceCare, para efetuar a análise clínica e respetivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à faturação destes serviços. Estas informações só podem ser utilizadas no âmbito do meu seguro de saúde/Sistema Privado de Saúde. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita. | | | | | | | | | | | |
|
|
| **Assinatura do Doente ou seu Representante Legal:** preenchimento obrigatório) Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | Nº telemóvel/telefone: |  | |  |
| Para mais informações contactar 707 100 131. Este documento deve ser enviado para a morada:  Assessoria Clínica – Apartado 8213, 1803-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03 | | | | | | | | | | | |