

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – DERMATOLOGIA

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:	Entidade Financiadora:
Nº do Cartão:	Idade:
E-mail:	Nº Telemóvel:

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

DOENÇA/DIAGNÓSTICO

Desde quando é que segue este Doente?	Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?
---------------------------------------	--

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
ICD-9
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)
ICD-9
BASEADO NA SUA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E NA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, QUAL PRESUME SER A DATA INÍCIO DE MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS?

____/____/____

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 / Informação Clínica justificativa do(s) procedimento(s):

ESTA SITUAÇÃO É UMA RECÍDIVA? Sim / Não

DATA INÍCIO DE SINTOMAS ____/____/____

ACIDENTE SIM NÃO DATA : ____/____/____

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente devidamente preenchido pelo Doente

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.

NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:
AMBULATÓRIO: Data de Admissão ____/____/____

QUANTIDADE	ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV)	OBSERVAÇÕES	PONDERAÇÃO	REGIÃO ANATÓMICA	LATERALIDADE		K
					ESQ	DTO	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Utilização de Sala? Sim / Não Tipo de Sala _____

EQUIPA CIRÚRGICA: preencher apenas em caso de cirurgia

Cirurgião..... 1º Ajudante..... Anestesiista..... Instrumentista..... Outros.....

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)

Nome:

Nº de Cédula:

Telefone/Tlm:

Fax/E-mail:

Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:

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 _____ Data: ____/____/____

Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:

Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03