

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: