

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 RECIDIVA? 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 ESQ DTO	K
					<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..... Anestesista..... 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