

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – DERMATOLOGIA

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome: _____

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 : ____/____/____

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 Doente 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: _____ **Admissão pelo serviço de urgência**

Ambulatório: data de admissão ____/____/____

Quantidade	Ato(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"/>	
					<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 Anestésista 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: _____ 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 _____ Data: ____/____/____

Para mais informações contactar 707 78 20 50.

Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 2245, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório