|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – Medicina Fisica e de Reabilitação** | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnósticos** | | | | | | | | **Data Início Sintomas** | | | | **ICD-9** |
|  | | | | | | | | / / | | | |  |
|  | | | | | | | | / / | | | |  |
| **Meios Complementares de Diagnóstico realizados:** | | | | | | **Data** | | **Resultados:** | | | | |
|  | | | | | | / / | |  | | | | |
|  | | | | | | / / | |  | | | | |
| Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|
| **2. Acidente Sim ……. Não …….** | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de acidente: Viação ……. Trabalho ……. Outro ……. Data do acidente: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Descrição de Acidente, preenchido pelo Doente. | | | | | | | | | | | | |
|
| **3. Admissão hospitalar** | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Hospital / Clínica:** | | | | | | | | | | | | |
| Regime requisitado: Ambulatório: ……. | | | | Internamento: …….. Data de Início \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **4. Plano de Tratamento** | | | | | | | | | | | | |
| **Descrição do Procedimento/Técnica** | | | | | | | **Nº de sessões** | | | **Código de Nomenclatura**  **(Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)** | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo Clínico do(s) procedimento(s): | | | | | | | | | | | | |
| **5. Médico Responsável pelo Plano de Tratamento** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | |
| Nº de contribuinte / Entidade para faturação: | | | | | | | | | | | | |
| Nº de cédula: | | | Telefone/Tlm: | | | | | | | | Fax: | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |