|  |
| --- |
| **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 |