

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

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?

____/____/____

MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS

Antecedentes Pessoais / Informação Clínica justificativa do(s) procedimento(s):

ACIDENTE SIM NÃO DATA : ____/____/____

TIPO DE ACIDENTE: Viação Trabalho Outro

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente devidamente preenchido pelo Doente

NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:

 Data de Início ____/____/____ Ambulatório
 Internamento Nº diárias:

NOVO PEDIDO **CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTOS**
PLANO DE TRATAMENTO:

| Nº SESSÕES | ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV) | OBSERVAÇÕES | REGIÃO ANATÓMICA | LATERALIDADE | | K |
|------------|--|-------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | | | ESQ | DTO | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Objetivo Clínico do(s) procedimento(s):

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRATAMENTO

| | | |
|---|---------------|-------------|
| 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