

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – GERAL**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

|   |  |  |              |
|---|--|--|--------------|
| Nome do Doente:   |  | Comp.Seguros/Plano Privado:  |              |
| Nº do Cartão:   |  | Idade do Doente:   |              |
| PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO   |  |  |              |
| <b>1. DOENÇA/DIAGNÓSTICO</b>  |  |  |              |
| Desde quando é que segue este Doente?   |  | Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?                                       |              |
| <b>Diagnósticos</b>   |  | <b>Data Início Sintomas</b>  | <b>ICD-9</b> |
|   |  | / /  |              |
|   |  | / /  |              |
|   |  | / /  |              |
| Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias  |  | OE   | OD           |
| <b>Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos</b>  |  |  |              |
| Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados:   |  |  |              |
| <b>2. ACIDENTE</b> <b>Sim .....</b> <b>Não .....</b>  |  |  |              |
| Tipo de acidente:    Viação .....   |  | Data do acidente: ____/____/____   |              |
| Trabalho .....  |  | Outro .....  |              |
| Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.   |  |  |              |
| <b>3. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>   |  |  |              |
| <b>Nome do Hospital / Clínica:</b>  |  |  |              |
| Ambulatório: Data: ____/____/____   |  | Internamento: ____/____/____ a ____/____/____  |              |
| Total Dias de Internamento: .....   |  |  |              |
| <b>4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS</b>   |  | <b>Código de Nomenclatura<br/>(Código da Tabela da AdvanceCare<br/>ou Ordem Médicos)</b> |              |
|   |  | <b>K</b>   |              |
|   |  |  |              |
|   |  |  |              |
|   |  |  |              |
| Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim / Não  |  | Qual o valor estimado da prótese? _____ €  |              |
| <b>5. EQUIPA CIRÚRGICA:</b> preencher apenas em caso de cirurgia  |  |  |              |
| Cirurgião .....   |  | 1º Ajudante .....  |              |
| Anestesista .....   |  | Instrumentista .....   |              |
| <b>6. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)</b>  |  |  |              |
| Nome:   |  |  |              |
| Nº de cédula:   |  | Telefone/Tlm:  | Fax:         |
| Nº de contribuinte / Entidade para faturação:   |  | Valor de <b>K</b> a considerar: _____ €  |              |
| Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.  |  |  |              |
| <b>Assinatura do Médico Responsável:</b>  |  |  | 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. |  |  |              |
| <b>Assinatura do Doente ou seu representante legal:</b> (preenchimento obrigatório)   |  |  | Data:        |
| _____/_____/_____   |  |  |              |
| Nº telemóvel/telefone:  |  |  |              |