|  |
| --- |
|  **PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – DERMATOLOGIA** |
| 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** |
| Desde quando é que segue este Doente? | Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente? |
|
| **Diagnósticos** | **Data início sintomas** | **ICD-9** |
|   | / / |   |
|   | / / |   |
| 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 / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados: |
|   |
| **2. Acidente Sim ……. Não …….**  |
| Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente. |
| **3. 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 Cliente e o seu Médico entenderem efetuar o procedimento sem autorização prévia da Seguradora, solicitamos o favor do prestador cobrar valores convencionados. |
| **4. Admissão hospitalar**  |
| **Nome do Hospital / Clínica:** |
| Ambulatório: Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  |   |
|   |
| **5. Descrição dos procedimentos previstos** | **Código de Nomenclatura** **(Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)** | **K** |
|   | | | | | | | |  |   |
|   | | | | | | | |  |   |
|   | | | | | | | |  |   |
| **6.Equipa Cirúrgica**: preencher apenas em caso de cirurgia |
| Cirurgião ……….. |  | 1º Ajudante ………….. |  |   |   |   |
| **7. Médico Responsável pelo(s) procedimento(s)/cirurgia(s)** |
| Nome: |
| Nº de cédula: | Telefone/Tlm: | Fax: |
| 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:** 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 |