

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			
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
		/ /	
		/ /	
		/ /	
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias		OE	OD
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			
Tipo de acidente: Viação		Trabalho	
Outro		Data do acidente: ___/___/_____	
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.			
3. ADMISSÃO HOSPITALAR			
Nome do Hospital / Clínica:			
Ambulatório: Data: ___/___/_____		Internamento: ___/___/_____ a ___/___/_____	
Total Dias de Internamento:			
4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS		Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)	K
Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim / Não		Qual o valor estimado da prótese? _____ €	
5. EQUIPA CIRÚRGICA: preencher apenas em caso de cirurgia			
Cirurgião		1º Ajudante	
Anestesista		Instrumentista	
6. 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:			