

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: _____

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