AdvanceCare
A sua saúde

0825-S101IM.201705-03

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 78 30 40. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 2094, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03