



Dados da Pessoa Segura		
Nome:	N.º do Cartão:	
Idade:	Segurador:	
Preencher obrigatoriamente pelo/a médico/a		
1. Doença/Diagnóstico		
Desde quando é que segue este Doente? (preenchimento obrigatório)	Que 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, envie em anexo o descritivo efetuado pelo Doente.		
3. Lesões Dermatológicas		
Para análise dos processos de dermatologia é necessário o envio do resultado da 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 do Segurador, solicitamos que o prestador cobre valores convencionados.		
4. Admissão Hospitalar		
Nome Hospital/Clinica:		
Ambulatório – Data:		
5. Descrição dos procedimentos previstos	Código de Nomenclatura (Código da Tabela AdvanceCare / Ordem Médicos)	K
6. Equipa Cirúrgica (preencher apenas em caso de cirurgia)		
Cirurgião 1.º Ajudante		
7. Médico Responsável pelo procedimento/cirurgia		
Nome:		
N.º de cédula:	Telefone/Tlm:	Fax:
NIF / Entidade para faturação:		
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 seguro 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. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.		
Assinatura do Doente ou seu representante legal: (preenchimento obrigatório)		Data: ___/___/___
N.º telemóvel/telefone:		
Este documento, depois de preenchido e assinado, deve ser enviado para: Assessoria Clínica – Apartado 2179, 1102-001 Lisboa ou pelo e-mail gestao.medica@advancecare.com . Para informações contacte Linha Vitalplan 808 207 020/210 114 468 ou Linha Valor Saúde 808 207 520 /210 114 486, disponível nos dias úteis das 8h30 às 18h30.		