

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

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

| Diagnósticos | Data Início Sintomas | ICD-9 |
|---|----------------------|-------------|
| | / / | |
| | / / | |
| Meios Complementares de Diagnóstico realizados: | Data | Resultados: |
| | / / | |
| | / / | |

Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efectuados:

2. ACIDENTE Sim Não

Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro Data do acidente: ____/____/____

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Descrição de Acidente, preenchido pelo Doente.

3. ADMISSÃO HOSPITALAR

Nome do Hospital / Clínica:

Regime requisitado: Ambulatório: Internamento: Data de Início ____/____/____

4. PLANO DE TRATAMENTO

| Descrição do Procedimento/Técnica | Nº de sessões | Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos) |
|-----------------------------------|---------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Objectivo Clínico do(s) procedimento(s):

5. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRATAMENTO

Nome:

Nº de contribuinte / Entidade para facturação:

Nº de cédula: _____ Telefone/Tlm: _____ Fax: _____

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 efectuar a análise clínica e respectivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à facturação 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: