

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE - DERMATOLOGIA

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	
		/ /	
		/ /	
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 efectuados:			
2. ACIDENTE Sim Não			
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efectuado pelo Doente.			
3. LESÕES DERMATOLÓGICAS			
Para análise dos Processos de Dermatologia é necessário o envio do resultado de 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 efectuar o procedimento sem autorização prévia da Seguradora, solicitamos o favor do prestador cobrar valores convencionados.			
4. ADMISSÃO HOSPITALAR			
Nome do Hospital / Clínica:			
Ambulatório: Data : ____/____/____			
5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS		Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)	
		K	
6. EQUIPA CIRÚRGICA: preencher apenas em caso de cirurgia			
Cirurgião		1º Ajudante	
7. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)			
Nome:			
Nº de cédula:		Telefone/Tlm:	Fax:
Nº de contribuinte / Entidade para facturação:		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 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:			