



**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			
<b>1. DOENÇA/DIAGNÓSTICO</b>			
Desde quando é que segue este Doente?		Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?	
<b>Diagnósticos</b>		<b>Data Início Sintomas</b>	<b>ICD-9</b>
		/ /	
		/ /	
		/ /	
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias		OE	OD
<b>Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos</b>			
Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados:			
<b>2. ACIDENTE</b> <b>Sim .....</b> <b>Não .....</b>			
Tipo de acidente:    Viação .....		Trabalho .....	
Outro .....		Data do acidente: ___/___/___	
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.			
<b>3. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Nome do Hospital / Clínica:</b>			
Ambulatório: Data: ___/___/___		Internamento: ___/___/___ a ___/___/___	
Total Dias de Internamento: .....			
<b>4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS</b>		<b>Código de Nomenclatura</b> <b>(Código da Tabela da AdvanceCare</b>	
		<b>ou Ordem Médicos)</b>	
		<b>K</b>	
Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim / Não		Qual o valor estimado da prótese? _____ €	
<b>5. EQUIPA CIRÚRGICA:</b> preencher apenas em caso de cirurgia			
Cirurgião.....		1º Ajudante.....	
Anestesista .....		Instrumentista .....	
<b>6. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)</b>			
Nome:			
Nº de cédula:		Telefone/Tlm:	Fax:
Nº de contribuinte / Entidade para faturação:		Valor de <b>K</b> a considerar: _____ €	
Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.			
<b>Assinatura do Médico Responsável:</b>			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.			
<b>Assinatura do Doente ou seu representante legal:</b> (preenchimento obrigatório)			Data: ___/___/___
Nº telemóvel/telefone:			