

**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:		
<b>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO</b>				
<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>
		/ /		
		/ /		
Tamanho e localização das lesões:				
Justificação para a excisão das lesões:				
<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>				
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.				
<b>3. LESÕES DERMATOLÓGICAS</b>				
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 efetuar o procedimento sem autorização prévia da Seguradora, solicitamos o favor do prestador cobrar valores convencionados.				
<b>4. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Nome do Hospital / Clínica:</b>				
Ambulatório: Data: ____/____/____				
<b>5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS</b>		<b>Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)</b>		<b>K</b>
<b>6.EQUIPA CIRÚRGICA:</b> preencher apenas em caso de cirurgia				
Cirurgião .....		1º Ajudante .....		
<b>7. 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:				