

**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 efetuados: \_\_\_\_\_

**2. ACIDENTE Sim ..... Não .....**

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado 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 efetuar 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 faturação: \_\_\_\_\_ 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 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.

**Assinatura do Doente ou seu Representante Legal:** (preenchimento obrigatório) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº telemóvel/telefone: \_\_\_\_\_