

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: _____