

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome:	Entidade Financiadora:
Nº do Cartão:	Idade:
E-mail:	Nº Telemóvel:

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO**
**DOENÇA/DIAGNÓSTICO**

Desde quando é que segue este Doente?	Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?
<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL</b>	<b>ICD-9</b>
<b>DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>	<b>ICD-9</b>

**BASEADO NA SUA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E NA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, QUAL PRESUME SER A DATA INÍCIO DE MANIFESTAÇÃO DOS SINTOMAS?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO REALIZADOS: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS**

Antecedentes Pessoais / Informação Clínica justificativa do(s) procedimento(s):

**ACIDENTE** SIM ..... NÃO ..... DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TIPO DE ACIDENTE:** Viação ..... Trabalho ..... Outro .....

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente devidamente preenchido pelo Doente

**NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:**

 Data de Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ambulatório .....  
 Internamento ..... Nº diárias: .....

**NOVO PEDIDO**  **CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTOS** 
**PLANO DE TRATAMENTO:**

Nº SESSÕES	ACTO(S) MÉDICO(S) (CNVRAM / TABELA ADV)	OBSERVAÇÕES	REGIÃO ANATÓMICA	LATERALIDADE		K
				ESQ	DTO	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Objetivo Clínico do(s) procedimento(s):

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRATAMENTO**

Nome:	Nº de Cédula:	Telefone/Tlm:	Fax/E-mail:
Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:			

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** \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Para mais informações contactar 707 78 20 60. Este documento deve ser enviado para a morada:  
 Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03