

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – DERMATOLOGIA**

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?**

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

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

**ESTA SITUAÇÃO É UMA RECÍDIVA?** Sim / Não      **DATA INÍCIO DE SINTOMAS** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

**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.

**NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:**
**AMBULATÓRIO:** Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

| QUANTIDADE | ACTO(S) MÉDICO(S)<br>(CNVRAM / TABELA ADV) | OBSERVAÇÕES | PONDERAÇÃO | REGIÃO ANATÓMICA | LATERALIDADE<br>ESQ    DTO                        | K |
|------------|--|-------------|------------|------------------|---|---|
|            |  |             |            |                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |
|            |  |             |            |                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |

Utilização de Sala? Sim / Não      Tipo de Sala \_\_\_\_\_

**EQUIPA CIRÚRGICA:** preencher apenas em caso de cirurgia

Cirurgião.....      1º Ajudante.....      Anestesiista.....      Instrumentista.....      Outros.....

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)**

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