

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

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**

Diagnósticos	Data Início Sintomas	ICD-9
	/ /	
	/ /	

Meios Complementares de Diagnóstico realizados:	Data	Resultados:
	/ /	
	/ /	

Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados:

**2. ACIDENTE Sim ..... Não .....**

Tipo de acidente: Viação ..... Trabalho ..... Outro ..... Data do acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**3. ADMISSÃO HOSPITALAR**

Nome do Hospital / Clínica:

Regime requisitado: Ambulatório: ..... Internamento: ..... Data de Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. PLANO DE TRATAMENTO**

Descrição do Procedimento/Técnica	Nº de sessões	Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)

Objetivo Clínico do(s) procedimento(s):

**5. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRATAMENTO**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº de contribuinte / Entidade para faturação: \_\_\_\_\_

Nº de cédula: _____	Telefone/Tlm: _____	Fax: _____
---------------------	---------------------	------------

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: \_\_\_\_\_