LUSITANIA
Grupo Montepio

0525-S105IM.201501-02

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:

Para mais informações contactar 808 20 20 25. Este documento deve ser enviado para a morada:
Assessoria Clínica – Apartado 2236, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03