

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – CIRÚRGICO/INTERNAMENTO**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

<b>Nome:</b>	<b>Entidade Financiadora:</b>
<b>Nº do Cartão:</b>	<b>Idade:</b>
<b>E-mail:</b>	<b>Nº Telemóvel:</b>

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

<b>Desde quando é que segue este Doente?</b>	<b>Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?</b>
<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?**

____/____/____		
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias (para Oftalmologia)	OE	OD

**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 RECIDIVA?** Sim / Não      **DATA INÍCIO DE SINTOMAS** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente devidamente preenchido pelo Doente

**NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:**

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

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

**Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica?** Sim / Não      Qual o valor estimado da prótese? \_\_\_\_\_ €

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

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

Cirurgião.....      1º Ajudante.....      2º Ajudante.....      Instrumentista.....      Anestesiista.....

Outros.....

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

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

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