

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – GERAL**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome do Doente:		Comp.Seguros/Plano Privado:	
Nº do Cartão:		Idade do Doente:	
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO			
<b>1. DOENÇA/DIAGNÓSTICO</b>			
Desde quando é que segue este Doente?		Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente?	
<b>Diagnósticos</b>		<b>Data Início Sintomas</b>	<b>ICD-9</b>
		/ /	
		/ /	
		/ /	
Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias		OE	OD
<b>Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos</b>			
Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efetuados:			
<b>2. ACIDENTE</b> <b>Sim .....</b> <b>Não .....</b>			
Tipo de acidente:    Viação .....    Trabalho .....    Outro .....		Data do acidente: ____/____/____	
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.			
<b>3. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Nome do Hospital / Clínica:</b>			
Ambulatório: Data: ____/____/____		Internamento: ____/____/____ a ____/____/____	
Total Dias de Internamento: .....			
<b>4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS</b>		<b>Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)</b>	<b>K</b>
Vai colocar uma prótese intra-cirúrgica? Sim / Não		Qual o valor estimado da prótese? _____ €	
<b>5. EQUIPA CIRÚRGICA:</b> preencher apenas em caso de cirurgia			
Cirurgião .....		1º Ajudante .....	
Anestesiista .....		Instrumentista .....	
<b>6. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)</b>			
Nome:			
Nº de cédula:		Telefone/Tlm:	Fax:
Nº de contribuinte / Entidade para faturação:		Valor de <b>K</b> a considerar: _____ €	
Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.			
<b>Assinatura do Médico Responsável:</b>			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.			
<b>Assinatura do Doente ou seu representante legal:</b> (preenchimento obrigatório)			Data: ____/____/____
Nº telemóvel/telefone:			

 Para mais informações contactar 707 78 00 07. Este documento deve ser enviado para a morada:  
 Assessoria Clínica – Apartado 2229, 1106-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03