

**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**
**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
	/ /	
	/ /	
	/ /	

 Em caso de Miopia, Astigmatismo ou Hipermetropia, deve indicar o nº de dioptrias  
 OE \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_

**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 .....**

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

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efetuado pelo Doente.

**3. ADMISSÃO HOSPITALAR**
**Nome do Hospital / Clínica:** \_\_\_\_\_

 Ambulatório: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Total Dias de Internamento: .....

**4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS**

Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)	K

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

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

Cirurgião ..... 1º Ajudante ..... Anestesista ..... Instrumentista .....

**6. 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: \_\_\_\_\_