

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – CIRÚRGICO/INTERNAMENTO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome: _____

Nº do Cartão: _____ Idade: _____

E-mail: _____ Nº Telemóvel: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO
Doença/Diagnóstico

Desde quando é que segue este Doente? _____ Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente? _____

Diagnóstico principal _____ **ICD-9** _____

Diagnóstico(s) secundário(s) _____ **ICD-9** _____

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: anexar 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: _____ Admissão pelo serviço de urgência

 Data de Admissão ____/____/____ Ambulatório

 Internamento Nº diárias:

Quantidade	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Descritivo	Ponderação	Lateralidade Esq Dto	K
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<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? _____, ____ €

Equipa Cirúrgica: preencher apenas em caso de cirurgia

 Cirurgião 1º Ajudante 2º Ajudante Instrumentista Anestésista

Outros.....

Médico Responsável pelo(s) procedimento(s)/cirurgia(s)

Nome: _____

Nº de Cédula: _____ Telefone/Tlm: _____ Fax/E-mail: _____

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 _____ Data: ____/____/____

Para mais informações contactar 707 78 20 50.

Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 2245, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03