

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

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?					
____/____/____					
Meios Complementares de Diagnóstico realizados: anexar cópia do relatório dos mesmos					
Antecedentes pessoais / Informação clínica justificativa do(s) procedimento(s):					
Acidente ☐ Sim ☐ Não ☐ Data : ____/____/____					
Tipo de acidente: Viação ☐ Trabalho ☐ Outro ☐					
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente, devidamente, preenchido pelo Doente					
Nome do Hospital / Clínica:					
Data de início ____/____/____ Ambulatório ☐					
Internamento ☐ Nº diárias:					
Novo pedido ☐ Continuação de tratamentos ☐					
PLANO DE TRATAMENTO:					
N.º Sessões	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Observações	Região Anatómica	Lateralidade Esq Dto	K
				☐ ☐	
				☐ ☐	
				☐ ☐	
				☐ ☐	
Objetivo clínico do(s) procedimento(s):					
Médico responsável pelo plano de tratamento					
Nome:					
Nº de Cédula:		Telefone/Tlm:		Fax/E-mail:	
Nº de Contribuinte / Entidade para faturação:					
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

Os campos em destaque são de preenchimento obrigatório