

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MAD's**

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| Nome:         | Entidade Financiadora: |
| Nº do Cartão: | Idade:                 |
| E-mail:       | Nº Telemóvel:          |

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

**DOENÇA/DIAGNÓSTICO**

Qual foi o Médico que prescreveu o MCD?

**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: ENVIAR EM ANEXO CÓPIA DO RELATÓRIO DOS MESMOS**

Antecedentes Pessoais / Informação Clínica justificativa do(s) procedimento(s):

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

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

**NOME DO HOSPITAL / CLÍNICA:**
**AMBULATÓRIO:** Data de Admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Utilização de Sala? Sim / Não    Tipo de Sala

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

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

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

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 60. Este documento deve ser enviado para a morada:  
 Assessoria Clínica – Apartado 2011,1101-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03