

**PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE - DERMATOLOGIA**

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>	
		ICD-9	
		/ /	
		/ /	
Tamanho e localização das lesões:			
Justificação para a excisão das lesões:			
<b>Meios Complementares de Diagnóstico realizados: enviar em anexo cópia do relatório dos mesmos</b>			
Antecedentes Pessoais / Tratamentos Médicos ou Cirúrgicos já efectuados:			
<b>2. ACIDENTE</b> <b>Sim .....</b> <b>Não .....</b>			
Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo descritivo efectuado pelo Doente.			
<b>3. LESÕES DERMATOLÓGICAS</b>			
Para análise dos Processos de Dermatologia é necessário o envio do resultado de Anatomia Patológica da lesão excisada A análise do processo fica condicionada pelo envio desta informação, não sendo implícita a aprovação do processo Se o Cliente e o seu Médico entenderem efectuar o procedimento sem autorização prévia da Seguradora, solicitamos o favor do prestador cobrar valores convencionados.			
<b>4. ADMISSÃO HOSPITALAR</b>			
Nome do Hospital / Clínica:			
Ambulatório: Data : ___/___/___			
<b>5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PREVISTOS</b>		<b>Código de Nomenclatura (Código da Tabela da AdvanceCare ou Ordem Médicos)</b>	
		<b>K</b>	
<b>6. EQUIPA CIRÚRGICA: preencher apenas em caso de cirurgia</b>			
Cirurgião .....		1º Ajudante .....	
<b>7. MÉDICO RESPONSÁVEL PELO(S) PROCEDIMENTO(S)/CIRURGIA(S)</b>			
Nome:			
Nº de cédula:		Telefone/Tlm:	Fax:
Nº de contribuinte / Entidade para facturação:		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.			
<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 efectuar a análise clínica e respectivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à facturação 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: (preenchimento obrigatório)</b>			Data: ___/___/___
Nº telemóvel/telefone:			