

**PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE**

**Beneficiário - Titular:**

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_

Ativo

Reforma

Nome \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

Tels. contacto \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos E-mail \_\_\_\_\_

**Venho por este meio, solicitar a emissão de termo de Responsabilidade para:**

- Cirurgia (Despesas Hospitalares)
- Parto (Despesas Hospitalares)
- Internamento em Medicina
- Meios Complementares de Diagnóstico

- Cirurgia (Honorários Médicos)
- Parto (Honorários Médicos)
- Cirurgia Ambulatória
- \_\_\_\_\_

Para apresentação na Entidade \_\_\_\_\_

Para o efeito, anexa-se:

- Relatório Médico onde conste a identificação dos Atos Médicos a Realizar (Código da Tabela da Ordem dos Médicos);
- Identificação dos elementos da Equipa Médica Interveniente;
- Cópias dos resultados dos Meios Complementares de Diagnóstico que justifiquem o ato proposto;
- Orçamento.

**DECLARAÇÃO**

A emissão do Termo de Responsabilidade vincula o SAMS SBN ao pagamento da(s) despesa(s) ao(s) prestador(es) do(s) serviço(s), mas não pode ser entendido como indicação que esse(s) ato(s) pode(m) ou deve(m) ser comparticipados, pelo que esclarecida tal circunstância, o custo final poderá ser integralmente debitado ao Beneficiário Titular.

Tomei Conhecimento

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

O Beneficiário \_\_\_\_\_

## **RELATÓRIO MÉDICO**

### **Beneficiário:**

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ anos Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Tels. contacto \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

O quadro clínico é resultante de acidente?  SIM  NÃO

### **Diagnóstico Clínico:** \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

### **Código da tabela da Ordem dos Médicos (TOM 97):**

\_\_\_\_\_ Nº de K's: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nº de K's: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nº de K's: \_\_\_\_\_

Nº de dias previstos de internamento \_\_\_\_\_ Data de Início de Internamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prolongamento de Internamento:  SIM  NÃO Data de Fim de Internamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Constituição da Equipa Cirúrgica:**

Cirurgião: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

1º Ajudante \_\_\_\_\_

2º Ajudante \_\_\_\_\_

3º Ajudante \_\_\_\_\_

Instrumentista \_\_\_\_\_

### **Exames efetuados:** \_\_\_\_\_

Valor Unitário de K': \_\_\_\_\_ Convenção/Acordo  SIM  NÃO

Entidade \_\_\_\_\_

Regime:  Ambulatório  Internamento

Tipo de Intervenção/Tratamento a realizar: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ O Médico \_\_\_\_\_ Vinheta/Nº Cédula: \_\_\_\_\_

### **Parecer Clínico:** \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

## **INFORMAÇÕES**

- Código 15.03 ..... Obrigatório o envio de imagens (Fotos da Lesão);
- 30.00.0006/07/09 ..... Obrigatória a apresentação do Relatório do Ex. Histológico;
- 34.00.00.23 e 34.00.00.27 – Obrigatória a apresentação de MAD's;
- 35.03 Cirurgia Vascular – Obrigatória a apresentação do Eco-Doppler;
- 39.03.00.12 – Palatoplastia – Obrigatória a apresentação da Polissonografia;
- 42.04 ... – Corpo do Útero – Obrigatória a apresentação do Relatório da Ecografia;
- 46.02 ..... / 46.05 ...../46.06..... – O SAMS SBN apenas comparticipam Lentes Unifocais, pelo que, sempre que haja recurso a lentes multifocais, o Beneficiário deverá ser previamente informado pelo prestador, ficando a seu cargo o pagamento do diferencial do custo da lente no momento da alta médica.

- 1 - Os pedidos de Termos de Autorização para procedimentos programados têm que ser submetidos, pelo menos, com 15 dias de antecedência.
- 2 - As situações que resultem de urgências têm que ser apresentadas ao SAMS SBN, no limite, nas 48 horas subsequentes à admissão do doente/Beneficiário.
- 3 - Os pedidos de revisão/extensão de atos/dias de internamento têm de ser solicitados a cada 7 dias de internamento.
- 4 - Os Termos de Responsabilidade para qualquer unidade são válidos por um período máximo de 10 dias consecutivos.
- 5 - A não observância dos prazos acima indicados inválida a emissão dos Termos de Responsabilidade, sendo que, em situação alguma poderá o prestador imputar ao Beneficiário qualquer encargo resultante deste incumprimento.
- 6 - O SAMS SBN, reserva-se o direito de NÃO emitir Termos de Responsabilidade sempre que:
  - a solicitação do ato não esteja devidamente justificada;
  - o ato médico proposto se insira no âmbito da medicina estética;
  - não sejam facultados os resultados dos meios auxiliares de diagnóstico solicitados.
- 7 - A utilização de próteses, ortóteses ou outro material de valor superior a 5.000,00 € (cinco mil euros) carece de parecer prévio da Direção Clínica e despacho favorável do Conselho de Gerência.