

SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS

PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS PESSOAIS

Nº DE SÓCIO _____

NOME DO SÓCIO _____

NOME DO BENEFICIÁRIO _____

(SUJEITO AO ATO MÉDICO)

CIRURGIA (DESPESAS HOSPITALARES)

INTERNAMENTO

AMBULATÓRIO

CIRURGIA (HONORÁRIOS MÉDICOS)

INTERNAMENTO

AMBULATÓRIO

MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO/TRATAMENTOS (EM AMBULATÓRIO)

MEDICINA (INTERNAMENTO, EXCEPTO CIRURGIA)

PARTO/CESARIANA (DESPESAS HOSPITALARES)

PARTO/CESARIANA (HONORÁRIOS)

PARA APRESENTAÇÃO NA ENTIDADE _____

(HOSPITAL/CLÍNICA)

Para o efeito, junto envio: Declaração justificativa do médico, onde consta a identificação dos atos médicos a realizar e exames que manifestem a necessidade do(s) mesmo(s) (folha 2 do formulário).

No caso do pedido incluir honorários médicos, a equipa médica deverá ser devidamente discriminada, assim como deve ser referido o valor unitário de K praticado no ato.

DATA INÍCIO DO ATO MÉDICO _____

DATA FIM DO ATO MÉDICO _____

TELEFONE DO SÓCIO _____

EMAIL DO SÓCIO _____

O PEDIDO DO TERMO DE RESPONSABILIDADE PODERÁ SER ENVIADO PARA O EMAIL: termos.responsabilidade@snqtb.pt

DECLARAÇÃO

A emissão de Termo de Responsabilidade responsabiliza o SNQTB Saúde/SAMS Quadros pelo pagamento da despesa ao(s) prestador(es) do(s) serviço(s), salvaguardando-se que:

a) Não pode ser entendida como indicação de que esse(s) ato(s) médico(s) podem ou devem ser participado(s), pelo que, apurada tal circunstância, o seu custo final será integralmente debitado ao sócio.

b) O SNQTB Saúde/SAMS Quadros reserva-se o direito de não emitir Termos de Responsabilidade que não estejam devidamente fundamentados.

Tomei conhecimento,

Data

Assinatura do sócio (igual ao Cartão de Cidadão)

SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS

ESTE DOCUMENTO TEM QUE ACOMPANHAR O PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE E A ESTIMATIVA DE CUSTOS DETALHADA

NOME DO BENEFICIÁRIO _____

Nº _____ DATA DE NASCIMENTO _____

RELATÓRIO MÉDICO (PREENCHIMENTO EFETUADO PELO MÉDICO)

NOME DO MÉDICO _____

O QUADRO CLÍNICO É RESULTANTE DE ACIDENTE NÃO SIM

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

(PODERÁ ANEXAR DETALHE EM CASO DE NECESSIDADE.)

CONVENÇÃO/ACORDO

NÃO SIM

VALOR UNITÁRIO DE K'S: _____ € _____ DATA _____ MÉDICO - VINHETA/Nº CÉDULA E ASSINATURA _____

ENTIDADE DE SAÚDE _____

REGIME AMBULATORIO INTERNAMENTO

TIPO DE INTERVENÇÃO OU TRATAMENTO _____

ATOS MÉDICOS A REALIZAR EM _____ Nº TOTAL DE K'S _____

CÓDIGO DA TABELA DA ORDEM DOS MÉDICOS (COM/97) OU CÓDIGO DE ATO CONVENCIONADO/PREÇOS FECHADOS

CIRURGIÃO 1º AJUDANTE 2º AJUDANTE INSTRUMENTISTA ANESTESISTA

OUTROS _____

Situações especiais:

COM 15.03..... - Obriga ao envio de imagens (fotografia da lesão).

COM 30.00.00.06/07/08 - Obriga à posterior apresentação de exame histológico.

COM 34.00.00.23 e 34.00.00.27 - Carecem de Aprovação prévia e apresentação Exames Complementares de Diagnóstico.

COM 35.03..... Cirurgia Vasculare - Obriga o último relatório do Eco-Doppler.

COM 39.03.00.12 - Palatoplastia - Obriga relatório da Polissonografia.

COM 42.04..... Corpo do Útero - Carecem de Aprovação prévia, exige-se o relatório da última Ecografia.

COM 46.02...../46.05...../46.06..... - Cirurgias Oftalmológicas com introdução de LIO obriga à identificação da lente a aplicar.

Os pedidos para a emissão de Termo de Responsabilidade têm de ser acompanhados dos Meios Complementares de Diagnóstico e de Tratamento (MCDT), que justifiquem o ato proposto e solicitados com o prazo mínimo de sete dias úteis.

SNQTB SAÚDE/SAMS QUADROS

TERMO DE RESPONSABILIDADE INFORMAÇÃO

O SNQTB está empenhado na prestação de serviços de qualidade aos seus sócios e respetivos agregados familiares, mormente no âmbito do SNQTB Saúde/SAMS Quadros.

Os Termos de Responsabilidade devem ser solicitados com a antecedência mínima de sete dias úteis, relativamente à data do ato médico, tendo em conta a necessidade de prévia e detalhada análise pelos serviços.

Recorde-se que o pedido de Termo de Responsabilidade deve ser apresentado pelo sócio ou pela entidade com o formulário do pedido de Termo de Responsabilidade e a declaração médica devidamente preenchidas, conforme previsto no regulamento do SNQTB Saúde/SAMS Quadros, assim como a estimativa de custos detalhada associada ao ato médico a realizar.

Fazemos notar que o SNQTB Saúde/SAMS Quadros reserva-se o direito de solicitar os resultados dos meios auxiliares de diagnóstico, sempre que assim seja entendido.

O SNQTB Saúde/SAMS Quadros reserva-se ao direito de não emitir Termos de Responsabilidade sempre que a solicitação do ato não esteja devidamente justificada ou o mesmo se insira no âmbito da estética. Nestes casos, a responsabilidade é inteiramente do sócio, conforme previsto no regulamento do SNQTB Saúde/SAMS Quadros.

Em caso de urgência/emergência, a informação pertinente será prestada pela entidade de saúde no prazo de 72 horas após a realização do ato médico ou internamento, para a devida avaliação pelo Conselho Diretivo do SNQTB Saúde/SAMS Quadros, não isentando o sócio do envio do pedido de Termo de Responsabilidade.

Finalmente, sublinha-se que as despesas efetuadas serão liquidadas direta e integralmente pelo beneficiário, salvo se este for portador de Termo de Responsabilidade emitido pelo SNQTB Saúde/SAMS Quadros, de acordo com a regulamentação interna do SNQTB Saúde/SAMS Quadros.

O CONSELHO DIRETIVO