

cidas na circular normativa a emanar por aquele Instituto Público.

Anexo II

(a que se refere o n.º 1 do presente despacho)

	Preços
Consulta de diagnóstico -----	€ 15,00
Biópsia -----	€ 50,00

**Despacho n.º 389/2017**

O Despacho n.º 283/2017, de 5 de julho, do Secretário Regional da Saúde, publicado no JORAM, II Série, n.º 120, de 11 de julho de 2017, procedeu à aprovação na Região Autónoma da Madeira, dos modelos de credenciais do Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO-RAM) referentes à consulta de diagnóstico, ao exame anatomopatológico e ao encaminhamento para o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E. (SESARAM, E.P.E.).

Considerando a necessidade de revisão dos preditos modelos ora conferida, por forma a ajustar a sua edificação normativa.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 9.º da Portaria n.º 164/2017, de 24 de maio, da Secretaria Regional da Saúde e da alínea i) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2015/M, de 19 de agosto, determino o seguinte:

1. Revogar o Despacho n.º 283/2017, de 5 de julho, do Secretário Regional da Saúde, publicado no JORAM, II Série, n.º 120, a 11 de julho de 2017.
2. Aprovar os modelos de credenciais do PIPICO-RAM referentes à consulta de diagnóstico, ao exame anatomopatológico e ao encaminhamento para o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., que constam respetivamente dos anexos I, II, III ao presente despacho e que dele fazem parte integrante.
3. O presente Despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional da Saúde, no Funchal, aos 9 dias do mês de outubro de 2017.

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

Anexo I do Despacho n.º 389/2017, de 16 de outubro  
 (a que faz referência o n.º 1 do presente Despacho)

  
**S. R.**  
 REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
 GOVERNO REGIONAL  
 SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
 INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

### Credencial PIPCO-RAM Consulta Diagnóstico

A preencher pelo Médico Referenciador	<b>Origem da Referência:</b> Médico MGF / Estomatologista _____ <input type="checkbox"/> Médico Dentista Não Aderente _____ <input type="checkbox"/> Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM _____ <input type="checkbox"/>	<b>Grupo de Risco:</b> Sim ___ Não ___ <small>(idade &gt;= 40 anos, fumador e hábitos alcoólicos)</small>  <b>Crítérios Clínicos de suspeita de malignidade:</b> Sim ___ Não ___
	<b>Identificação do Utente:</b> Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___      Sexo: Masculino ___ Feminino ___ N.º de Utente: _____ Subsistema: _____ Outro: _____	
A preencher pelo Médico Dentista Aderente	<b>Médico Referenciador:</b> _____ <b>N.º Cédula Profissional:</b> _____ <b>Local de Referência:</b> _____	<b>Assinatura Médico Referenciador:</b> _____ <b>Data da Referência:</b> ___/___/___ <small>Corrimão do Local de Prestação</small>
	<b>1ª Consulta de Diagnóstico:</b> ___/___/___ <b>Realização de Biopsia:</b> Sim ___ Não ___ <b>2ª Consulta de Diagnóstico:</b> ___/___/___  <b>Assinatura do Utente:</b> _____  <b>Assinatura do Médico Aderente:</b> _____ <small>Nº de Cédula OMD _____</small> <b>Data:</b> ___/___/___	

Mod. 16/04/2016 PIP3Z



Rua das Pretas, 1 | 9004-515 Funchal | T. +351 291 212 300. F. +351 291 281 421  
<http://www.rsaude.pt> | [rsaude@rsaude.sras.gov.madeira.pt](mailto:rsaude@rsaude.sras.gov.madeira.pt) | NI: 511 284 349

Anexo II do Despacho n.º 389/2017, de 16 de outubro  
(a que faz referência o n.º 1 do presente Despacho)



### Credencial PIPCO-RAM Exame Anatomopatológico

**Identificação do Utente:**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo: Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_

N.º de Utente: \_\_\_\_\_

Subsistema: \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

**Médico Dentista Aderente PIPCO-RAM:** \_\_\_\_\_

N.º Cédula Profissional OMD: \_\_\_\_\_

Local / Entidade de Referência: \_\_\_\_\_

**Tipo de Procedimento:**

1ª Biópsia \_\_\_\_\_

2ª Biópsia \_\_\_\_\_

<p><b>Assinatura do Utente:</b></p> <p>_____</p> <p>Data: ___/___/___</p>	<p><b>Assinatura do Médico Dentista Aderente:</b></p> <p>_____</p> <p>Data: ___/___/___      <small>Carimbo do Local de Prestação</small></p>
---	---

*A preencher pelo Médico Anatomopatologista:*

Data do envio do Relatório ao Médico Dentista Aderente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Carimbo da Entidade Prestadora



Anexo III do Despacho n.º 389/2017, de 16 de outubro  
(a que faz referência o n.º 1 do presente Despacho)

  
**S. R.**  
**REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**  
**GOVERNO REGIONAL**  
**SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE**  
**INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM**

**Credencial PIPCO-RAM**  
**Encaminhamento SESARAM, E.P.E.**

Direção do Serviço de ORL

Data de entrada: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Identificação do Utente:**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Sexo: Masculino \_\_\_    Feminino \_\_\_

N.º de Utente: \_\_\_\_\_

Subsistema: \_\_\_\_\_    Outro: \_\_\_\_\_

**Médico Referenciador:** \_\_\_\_\_

Data de Referência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Médico Dentista Aderente:** \_\_\_\_\_

Data da 1ª Consulta de Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data da 2ª Consulta de Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data do Estudo Anátomo-Patológico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Dentista Aderente:**

Cópia de Local de  
Prestação

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

**Declaração do Utente:**

*Para os devidos efeitos, autorizo o envio dos dados constantes do quadro anterior, ao SESARAM, E.P.E.:*

**Assinatura do Utente:**

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

