

CORRETO PREENCHIMENTO DO MODELO DE REQUISIÇÃO PRÉ-IMPRESSO



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**



* 11111111111111111111 *

1 Nome Paula Andreia Ávila Idade 29 A Sexo F M

N.º de Utente / N.º Beneficiário 0000000000 Entidade Responsável / Subsistema S.R.S. - Madeira

1a Doente Profissional OU N.º ADSE-RM

1b Migrantes País N.º

2 Contacto do Médico / Especialidade 9612345678 / Cardiologia

4 DOMICÍLIO URGENTE Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência

O Médico NOME BEM LEGÍVEL

3 NATUREZA DAS PRESTAÇÕES

A	ANÁLISES CLÍNICAS	J	UROLOGIA
B	ANATOMIA PATOLÓGICA	L	NEUROFISIOLOGIA
C	CARDIOLOGIA	M	<input checked="" type="checkbox"/> RADIOLOGIA
D	MEDICINA NUCLEAR	N	CONSULTAS
E	ELECTROENCEFALOGRAFIA	O	PSICOLOGIA
F	ENDOSCOPIA GASTROENT	W	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
G	MEDICINA FÍSICA E REABILIT.		
H	OTORRINOLARINGOLOGIA		
I	PNEUMO E IMUNOALERG		

OUTROS:

13 ENTIDADE PRESTADORA



Ass.
Data 080118

6a [N.º de cédula] [Nome do Médico] 

6b VINHETAS [Código de local] [Local de prescrição] 

6c **E**

7 INFO. COMPLEMENTAR DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual

14 SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS Início Fim

9	NOMENCLATURA	10 QUANTIDADE PRESCRITA	11 PRODUTOS A EXAMINAR	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL
1	<u>TC do Torax</u>	<u>01</u>		<u>001.9</u>	<u>01</u>	<u>€ 106,42</u>
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS						
18	NOMENCLATURA	15 CÓDIGO	16 QUANTIDADE PRESTADA	17 PREÇO TOTAL		
9	<u> </u>					
10	<u> </u>					
11	<u> </u>					

12 MÉDICO PRESCRITOR 23122017 Assinatura L Aarão Nuno

20 TOTAL € € 106,42

21 DECLARAÇÃO DO UTENTE Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos 080118 N João Lourenço Pais Assinatura do Utente

22 D DOMICÍLIO 1 URBANO - Funchal 2 URBANO - Outras cidades 3 NÃO URBANO Localidade Km



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
E TERAPÉUTICOS (INCLUINDO CONSULTAS)**



* 11111111111111111111 *

Nome

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS €

VALOR POR EXTENSO

ASSINATURA

— Preenchimento da responsabilidade do Médico Prescritor.

— Preenchimento da responsabilidade do Prestador.

CORRETO PREENCHIMENTO DO MODELO DE REQUISIÇÃO IMPRESSO



MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
ACTOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS



* 70400000000000000000 *

<p style="text-align: center;">UTENTE</p> <p>N.º de Utente: 000000000</p> <p>Nome: Paula Andreia Ávila</p> <p>Idade: 29</p> <p>Contacto: 960000000</p> <p>Entidade Responsável / Subsistema: SRS – Madeira OU ADSE RM</p> <p>N.º Beneficiário: 0000000 - RM</p> <p>Pais:</p> <p>N.º Doc:</p>	<p style="text-align: center;">PRESCRITOR</p> <p>Nome do Prescritor: Arão Nuno</p> <p>N.º de Cedula: 99999</p> <p>Contacto: 9612345678</p> <p>Especialidade: Cardiologia</p> <hr/> <p style="text-align: center;">LOCAL DE PRESCRIÇÃO 2</p> <p>Nome: Centro Médico ****</p> <p>Código: *U989897*</p> <hr/> <p style="text-align: center;">NATUREZA DAS PRESTAÇÕES</p> <p>Área: Radiologia</p>	<p style="text-align: center;">ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ENTIDADE PRESTADORA</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>Ass. _____</p> <p>Data: 0 8 / 0 1 / 1 8</p>																																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>* M12345*</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p style="font-size: small;">VINHETAS</p> <p>*U989897*</p> </div> </div>	<p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">Carimbo e assinatura</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Responsável pela unidade de saúde</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: x-small;">INFO. COMPLEMENTAR</th> <th style="font-size: x-small;">SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS</th> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual</td> <td> Início: D D M M A A Fim: D D M M A A </td> </tr> </table>	INFO. COMPLEMENTAR	SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS	DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual	Início: D D M M A A Fim: D D M M A A																																																																	
INFO. COMPLEMENTAR	SESSÕES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS																																																																						
DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica actual	Início: D D M M A A Fim: D D M M A A																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: x-small;">NOMENCLATURA</th> <th style="font-size: x-small;">QUANTIDADE PRESCRITA</th> <th style="font-size: x-small;">PRODUTOS A EXAMINAR</th> <th style="font-size: x-small;">CÓDIGO</th> <th style="font-size: x-small;">QUANTIDADE PRESTADA</th> <th style="font-size: x-small;">PREÇO TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 TC do Tórax</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td></td> <td style="text-align: center;">001.9</td> <td style="text-align: center;">01</td> <td style="text-align: right;">€ 106,42</td> </tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	1 TC do Tórax	01		001.9	01	€ 106,42	2						3						4						5						6						7						8						<p style="text-align: center;">PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: x-small;">NOMENCLATURA</th> <th style="font-size: x-small;">CÓDIGO</th> <th style="font-size: x-small;">QUANTIDADE PRESTADA</th> <th style="font-size: x-small;">PREÇO TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL	9				10				11			
NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINAR	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL																																																																		
1 TC do Tórax	01		001.9	01	€ 106,42																																																																		
2																																																																							
3																																																																							
4																																																																							
5																																																																							
6																																																																							
7																																																																							
8																																																																							
NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO TOTAL																																																																				
9																																																																							
10																																																																							
11																																																																							
<p style="text-align: center;">Vinheta/Carimbo</p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Médico requerente</p> <p style="text-align: center;">J</p>	<p style="text-align: center;">Ass. Médico Executante</p> <p style="text-align: center;">K</p>	<p style="text-align: right;">TOTAL €</p> <p style="text-align: right;"> € 1 0 6 , 4 2 </p>																																																																					
<p style="text-align: center;">MÉDICO PRESCRITOR</p> <p>2 3 1 2 1 7 Assinatura</p> <p style="text-align: center;">L <i>Arão Nuno</i></p>	<p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO DO UTENTE</p> <p>Declaro que me foram efectuados os exames/tratamentos prescritos</p> <p>0 8 / 0 1 / 1 8</p> <p style="text-align: center;"><i>João Lourenço Pais</i></p> <p style="text-align: center;">Assinatura do Utente</p>																																																																						



MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO
E TERAPÉUTICOS (INCLUINDO CONSULTAS)



* 70400000000000000000 *

Nome _____

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS € | | | | | | | |

VALOR POR EXTENSO _____

ASSINATURA

— Preenchimento da responsabilidade do Médico Prescritor.

— Preenchimento da responsabilidade do Prestador.

CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - TABELA I
Requisição de MCDT
Modelo Pré-Impresso e Modelo Impresso

A	Todos os campos de " Identificação do Utente " devem estar devidamente preenchidos (Nome, N ^o do Utente, Entidade Responsável, Idade e Sexo). <u>O número de Segurança Social não é válido para efeitos de comparticipação ou reembolso.</u> "Entidade Responsável" – SRS -Madeira ou ADSE-RM (apenas serviços regionalizados) Para os utentes estrangeiros deve constar o número de beneficiário e o País de origem.
B	Identificação do Médico Prescritor – Contacto e Especialidade.
C	Natureza das Prestações - em cada requisição apenas podem estar prescritos exames/tratamentos da mesma área .
D	Aposição da vinheta do médico prescritor e do local de prescrição. No modelo impresso deve constar o código de barras. No entanto, também, é aceite a aposição de vinhetas.
E	Este campo só será preenchido exclusivamente pelo SESARAM, E.P.E., e apenas no âmbito das Convenções celebradas através de Acordos de Adesão (como é o exemplo atual da Convenção PEACS). Nas restantes situações não tem preenchimento.
F	Identificação da Entidade Prestadora - deve constar <u>carimbo da entidade, assinatura e data da prestação</u> .
G	Para uso exclusivo da área de Medicina Física e Reabilitação – Deve constar a data da 1 ^a e da última sessão.
H	Nomenclatura do Exame/Tratamento - <u>apenas</u> pode constar 1 exame/tratamento por linha.
I	A preencher exclusivamente por prestadores com Acordo de Faturação . Identificação do Código constante da tabela de Acordos de Faturação em vigor; Quantidade Prestada (quando não estiver preenchida, para efeitos de comparticipação; considera-se que o prestador apenas realizou um exame/tratamento); Preço Total correspondente ao valor participado pelo IASAÚDE, de acordo com a tabela em vigor.
J	Identificação do Médico Executante – <u>aposição do carimbo do médico que realizou o exame</u> (nome do médico e o n.º de cédula profissional); Quando o campo n.º19 (Procedimentos Efetuados e não Prescritos) estiver preenchido é obrigatória a <u>aposição da vinheta</u> , e apenas no caso do médico que realizou o exame não ser o médico prescritor.
K	Assinatura do Médico Executante – corresponde à assinatura do médico que realizou o exame – é sempre de carácter obrigatório (mesmo quando não existirem procedimentos efetuados e não prescritos).
L	Data e Assinatura do Médico Prescritor .
M	A preencher exclusivamente por prestadores com Acordo de Faturação . Valor Total dos Exames Prestados – obrigatório estar expresso em euros .
N	Data e Assinatura do Utente à data que realizou o exame.

CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO - TABELA II
Requisição de MCDT
Modelo Impresso

1	O Logotipo do exemplo é o único válido .
2	Local de Prescrição – Identificação do Local e respetivo código, os quais devem corresponder à vinheta de local de prescrição.
3	"Validade de 6 meses" deve constar do modelo.
4	"Empresa de Software" deve constar do modelo.
5	"Processado por computador" deve constar do modelo.

De **A a N** – aplicável nos modelos pré-impressos e nos modelos impressos.

De **1 a 5** – aplicável apenas nos modelos impresso

NOTE-SE QUE:

- ✓ **TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE ACORDO COM AS REGRAS CONSTANTES DA TABELA I.**
- ✓ O PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS APLICA-SE A **TODAS AS REQUISIÇÕES PRESCRITAS E PRESTADAS NO ÂMBITO DO SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE**, SENDO QUE O CORRETO PREENCHIMENTO APLICA-SE QUER ÀS REQUISIÇÕES FATURADAS AO ABRIGO DOS **ACORDOS DE FATURAÇÃO**, QUER ÀS REQUISIÇÕES OBJETO **DE REEMBOLSO (SRS e ADSE)**.
- ✓ O **NÃO PREENCHIMENTO** DE QUALQUER DOS CAMPOS EM DESCONFORMIDADE COM O CONSTANTE NA TABELA I É **MOTIVO DE DEVOLUÇÃO**.
- ✓ QUALQUER RASURA DEVE ESTAR SALVAGUARDADA COM A ASSINATURA DO MÉDICO PRESCRITOR (desde que igual à assinatura do campo “Médico Prescritor”).
- ✓ RECOMENDA-SE, AINDA, A CONSULTA DA INFORMAÇÃO DISPONÍVEL EM:

[www.iasaude.pt\adesoes_compaticipacoes_e_reembolsos \requisição de MCDT](http://www.iasaude.pt\adesoes_compaticipacoes_e_reembolsos_requisicao_de_MCDT)