



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

Prestadores aderentes à Convenção PEACS

**OFÍCIO-CIRCULAR**

Sua Referência:

Sua Comunicação de:

Nossa Referência

**ASSUNTO:** Aditamento – “Circular S 16 - Convenção PEACS – Estudos Anátomopatológicos”.

Instituto de Administração da  
Saúde e Assuntos Sociais,  
IP-RAM  
**S 2032** **G**  
1-3-2018 0 . 0 . 0 . 0  
Original

Em aditamento ao n/ ofício-circular n.º S 16, de 27 de outubro de 2017, vimos pelo presente informar V/Exa. do modelo de credencial, de preenchimento obrigatório, aquando da realização de recolha de tecido para estudo anatomopatológico, no âmbito da Convenção PEACS, nomeadamente na área de Gastroenterologia, que se junta em anexo.

Mais se informa que o referido modelo se encontra disponível no seguinte endereço eletrónico: <http://iasaude.pt> (comparticipacoes-reembolsos/adeseos/convencao-peacs-adeseos).

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Diretivo

Herberto Jesus

Anexo: Modelo de Credencial Anatomia Patológica

DGFC/UOC/UTAC/CE/SM

Na sua resposta indique por favor a nossa referência. Em cada comunicação trate apenas de um assunto.





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
GOVERNO REGIONAL  
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

Carimbo da Entidade  
Prestadora

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

## Credencial PEACS Exame Anátomo-patológico

A preencher pelo Médico Gastroenterologista

**Identificação do Utente:**

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

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

N.º de Utente: \_\_\_\_\_

Entidade Responsável: \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

**Médico Gastroenterologista:** \_\_\_\_\_

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

**Data da Requisição: (1)** \_\_/\_\_/\_\_

**Tipo de Procedimento:**

Biópsia \_\_\_\_\_       N.º de Amostras \_\_\_\_\_       Data da Biópsia \_\_/\_\_/\_\_

<p><b>Assinatura do Utente:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Data:</b> __/__/__</p>	<p>Carimbo do Médico Prescritor</p>	<p>Carimbo do Local de Prescrição</p>
---	---	---

**Assinatura Médico Prescritor**

\_\_\_\_\_

A preencher pelo Médico Anatomopatologista

**Médico Anatomopatologista:** \_\_\_\_\_

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

N.º de estudos realizados \_\_\_\_\_

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

**Assinatura do Médico Anatomopatologista**

\_\_\_\_\_

Carimbo do Local de Prestação



(1) Data da Requisição da colonoscopia emitida pelo SESARAM, E.P.E.