

**APOIO NA INVALIDEZ**

Parecer	Despacho						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Recepção</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Conf.</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> <tr> <td>Reg. Inf.</td> <td style="text-align: center;">/ /</td> </tr> </table>	Recepção	/ /	Conf.	/ /	Reg. Inf.	/ /
Recepção	/ /						
Conf.	/ /						
Reg. Inf.	/ /						

**Beneficiário - Titular**

Nº. Beneficiário  Nº Sócio do SBC

Nome

Banco \_\_\_\_\_ Balcão \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento do F.S.A./R. Especial dos SAMS, requiro a concessão do subsídio de Apoio na Invalidez, pelo que presto as seguintes informações:

**1º Pedido**       **Renovação**

**Beneficiário - Utente**

Nº. Beneficiário  Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

Parentesco com o Titular: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Médico Assistente:

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

Especialidade: \_\_\_\_\_

Necessidade de acompanhamento permanente:       SIM       NÃO

Declaro que, em caso de ocorrência que deixe de justificar os referidos benefícios, comunicarei, de imediato, tal facto aos SAMS-Centro. Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de comparticipações e/ou prestação de serviços clínicos pelos SAMS-Centro sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS-Centro.

*Data* \_\_\_\_\_ **O Beneficiário-Titular**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme B.I.)

O SBC-SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus utentes o direito de acesso e correcção, sempre que legitimamente o solicitar por escrito.

**Os benefícios previstos neste domínio produzem efeitos a partir da data de entrada, do requerimento, nos SAMS-Centro.**

Documentos em anexo:

- Relatório Médico.
- Requerimento de modelo em vigor nos SAMS.
- Fotocópia do BI do Beneficiário-Titular.
- Comprovativo de habilitação/recibo de complemento de dependência concedido pela Segurança Social, sempre que o beneficiário reúna condições para o efeito.
- Comprovativo de rendimentos e despesas fixas do agregado familiar através de fotocópia do IRS e outros documentos que venham a ser considerados necessários.

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços