

## APOIO NA INVALIDEZ

Parecer	Despacho
	Recepção <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
	Conf. <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>
	Reg. Inf. <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/> / <input style="width: 60px;" type="text"/>

### 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 SBC, requero 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 SBC. 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 SBC sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS SBC.

Data

**O Beneficiário-Titular**

---

(Assinatura conforme C.C.)

O SBC / SAMS SBC 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 SBC.**

Documentos em anexo:

- Relatório Médico.
- Requerimento de modelo em vigor nos SAMS SBC.
- Fotocópia do C.C. 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