

**APOIO A DEFICIENTES**

<b>Para uso exclusivo dos Serviços</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">Parecer</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Conselho de Gerência</b>  <b>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</b> </div>
Recepção <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> Conf. <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/> Reg. Inf. <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

<b>Beneficiário - Titular</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Nº Beneficiário  <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Nº de Sócio  <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div> Nome <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Banco _____ Balcão _____ Tel. _____
<b>Beneficiário - Familiar</b>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Nº Beneficiário  <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Data de Nascimento ____/____/____ </div> </div> Nome <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Contactos de Família: Morada: _____ Telef.: _____ Telem.: _____

<b>Comparticipação no Apoio a Deficientes</b>
<p>Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requero a participação nas despesas de frequência ou de internamento em instituição especializada, pelo que presto as seguintes informações:</p>
<b>INSTITUIÇÃO:</b> Designação: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Data de admissão ____/____/____
Valor da mensalidade _____, ____ Euros

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de participações e/ou prestação de serviços clínicos pelos SAMS, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos dos SAMS-Centro.

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

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

**Obs.** Os benefícios previstos neste domínio produzem efeitos a **partir da data de recepção, do processo completo**, nos SAMS.

O S.B.C./SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente, lho solicitem, por escrito.

Documentos a anexar:

- Relatório clínico de modelo em vigor nos SAMS.
- Fotocópia do recibo da pensão de invalidez concedida pela Segurança Social.
- Fotocópia do Comprovativo de habilitação/recibo do Subsídio de Complemento de dependência pela Segurança Social (nas situações de internamento).
- Declaração da Instituição com indicação da data de admissão, discriminação dos serviços prestados (alimentação, alojamento, transporte, actividades de ocupação...) e do valor da mensalidade.

Obs.:

- É dispensada a apresentação anual de prova de deficiência sempre que esta, pelas suas características, seja considerada permanente na avaliação inicial.
- É obrigatória a comunicação da mudança de Instituição sempre que a mesma se verifique.
- Qualquer ocorrência que deixe de justificar os referidos benefícios, deverá ser comunicada, **de imediato**, aos SAMS:

Para uso exclusivo dos Serviços

Pareceres

Serviços

Clínicos