

**APOIO A DEFICIENTES**

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

**Beneficiário - Titular**

Nº Beneficiário:

Nº de Sócio:

Nome:

Banco: \_\_\_\_\_ Balcão: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Beneficiário - Familiar**

Nº Beneficiário:

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome:

Contactos de Família:

Morada: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_ Tlm.: \_\_\_\_\_

**Comparticipação no Apoio a Deficientes**

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS SBC, requero a participação nas despesas de frequência ou de internamento em instituição especializada, pelo que presto as seguintes informações:

INSTITUIÇÃO:

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

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

Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_  
 (Assinatura conforme C.C.)

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

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

Documentos a anexar:

- Relatório clínico de modelo em vigor nos SAMS SBC.
- 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 SBC:

Para uso exclusivo dos Serviços

Serviços

Pareceres

Clínicos