

Início do tratamento: ___/___/___ Periodicidade do tratamento: _____ vezes por semana

Valor da sessão: _____, ___ Euros. Duração do tratamento: _____

Antecedentes (comparticipação neste domínio de assistência): Sim Não

Em caso positivo: participação pelos SAMS SBC
 participação por outra Instituição

Instituição junto da qual se habilitou a participação neste domínio, no presente ano:

Nome da Instituição: _____

Despacho: Pendente Deferido Indeferido

Observações: _____

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos dos SAMS SBC.

Data

Beneficiário Titular

___/___/___

(Assinatura conforme C.C.)

O SBC / SAMS SBC 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 em anexo:

- Relatório clínico de modelo em vigor nos SAMS SBC.
- Relatório de avaliação psicopedagógica nas situações previstas para psicomotricidade e linguagem.
- Declaração da entidade prestadora dos serviços.
- Documento da entidade por onde recebe abono de família, comprovando a habilitação ao benefício, conforme estabelecido.
- Recibo discriminativo da despesa efectuada.
- I.R.S. (fotocópia).
- _____

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

Para uso exclusivo dos Serviços

Serviços

Pareceres

Clínicos