

APOIO DOMICILIÁRIO

Para uso exclusivo dos Serviços

<p style="text-align: center;">Parecer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"><i>Conselho de Gerência</i></p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p>
<p>Recepção <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Conf. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Reg. Inf. <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Beneficiário - Titular

Nº Beneficiário Sócio Nº

Nome

Banco _____ Balcão _____ Tel. _____

Beneficiário - Familiar

Nº Beneficiário Data de Nascimento ____/____/____

Nome

Parentesco

Cônjuge	Filho/a	Comp.	Neto/a	Outros
1	2	3	4	5

Est. Civil

Solteiro	Casado	Viúvo	Divorc.	Separado
1	2	3	4	5

Comparticipação em Apoio Domiciliário

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requiro a participação no âmbito do Apoio Domiciliário, pelo que presto as seguintes informações:

Natureza da doença: _____

Início do tratamento ____/____/____

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 do S.B.C. ou 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 são responsáveis pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente o solicitem por escrito.

Documentos a anexar:

- Relatório Clínico esclarecendo a situação clínica e caracterizando a necessidade de assistência no domicílio.
- Declaração da Entidade prestadora dos serviços, com a indicação da data da início e valor diário dos cuidados a proceder.
- Plano dos Cuidados de Enfermagem/Higiene, com indicação do tipo de tratamento e duração prevista.

Obs.:

- Em conformidade com as normas regulamentares, a comparticipação neste regime tem o limite de 60 dias por ano e não é acumulável com qualquer modalidade de internamento.
- Incluem-se apenas os cuidados de higiene que requeiram a intervenção de pessoal especializado.
- Estão excluídos os tratamentos de âmbito ocupacional, de medicina física e de reabilitação.

Para uso exclusivo dos Serviços

Pareceres

Serviços

Clínicos