

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>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Conselho de Gerência</p> <p>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> </div>
<p>Recepção <input type="text" value=" / /"/></p> <p>Conf. <input type="text" value=" / /"/></p> <p>Reg. Inf. <input type="text" value=" / /"/></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

Est. Civil Solteiro Casado Viúvo Divorc. Separado

Comparticipação em Apoio Domiciliário

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS SBC, 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 SBC, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou 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 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 de 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 participação 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

Serviços

Pareceres

Clínicos