

**INTERNAMENTO EM LAR DE IDOSOS**

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><i>Conselho de Gerência</i></p> <p><b>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</b></p> </div>						
<p>Recepção</p> <p>Conf.</p> <p>Reg. Inf.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						

**Beneficiário - Titular**

Nº Beneficiário  N° de Sócio

Nome

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

---

**Beneficiário - Familiar**

Nº Beneficiário  Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

Contactos de Família:

Morada: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_ Telem.: \_\_\_\_\_

**Comparticipação no Internamento em Lar de Idosos**

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requiro a participação para internamento em Lar de Idosos, pelo que presto as seguintes informações:

INSTITUIÇÃO:

Designação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Data da emissão do Alvará/Autorização Provisória de Funcionamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.

<p>Data</p> <p>____/____/____</p>	<p>Beneficiário Titular</p> <p>_____</p> <p>(Assinatura conforme B.I.)</p>
-----------------------------------	--

**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 comprovativo de habilitação/recibo do Subsídio de Complemento de dependência pela Segurança Social.
- Declaração da Instituição com indicação da data de início do internamento e do valor da mensalidade.
- Fotocópia do Alvará/APF da Instituição, emitido pela Segurança Social.
- Fotocópia da declaração anual de rendimentos.

Obs.:

- Qualquer ocorrência que deixe de justificar os referidos benefícios, deverá ser comunicada, **de imediato**, aos SAMS.
- A participação neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.
- É obrigatória a comunicação da mudança de Instituição sempre que a mesma se verifique.

Para uso exclusivo dos Serviços

Serviços

Pareceres

Clínicos