

INTERNAMENTO EM LAR DE IDOSOS

Para uso exclusivo dos Serviços	
<p align="center">Parecer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<p align="center" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Conselho de Gerência</p> <p align="center" style="font-weight: bold; font-size: 1.2em;">DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p>
Recepção <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Conf. <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Reg. Inf. <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Beneficiário - Titular									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="width: 50%;">Nº de Sócio <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nome <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Banco _____</td> <td>Balcão _____</td> <td>Tel. _____</td> </tr> </table>	Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/>	Nº de Sócio <input style="width: 50px;" type="text"/>	Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>		Banco _____	Balcão _____	Tel. _____		
Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/>	Nº de Sócio <input style="width: 50px;" type="text"/>								
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>									
Banco _____	Balcão _____	Tel. _____							
Beneficiário - Familiar									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td style="width: 50%;">Data de Nascimento <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nome <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Contactos de Família:</td> </tr> <tr> <td>Morada: _____</td> <td>Telef.: _____</td> <td>Telm.: _____</td> </tr> </table>	Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/>	Data de Nascimento <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>	Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>		Contactos de Família:		Morada: _____	Telef.: _____	Telm.: _____
Nº Beneficiário <input style="width: 50px;" type="text"/>	Data de Nascimento <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>								
Nome <input style="width: 100%;" type="text"/>									
Contactos de Família:									
Morada: _____	Telef.: _____	Telm.: _____							

Comparticipação no Internamento em Lar de Idosos
<p>Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS SBC, requiro a participação para internamento em Lar de Idosos, pelo que presto as seguintes informações:</p> <p>INSTITUIÇÃO:</p> Designação: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Data da emissão do Alvará/Autorização Provisória de Funcionamento <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> Data de admissão <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> 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, correcção e supressão, sempre que legitimamente, lho solicitem, por escrito.

Documentos a anexar:

- Relatório clínico de modelo em vigor nos SAMS SBC.
- 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 SBC.
- A comparticipação neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.
- É obrigatória a comunicação da mudança de Instituição sempre que a mesma se verifique.

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços