

**OUTRAS COMPARTICIPAÇÕES**

**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><b>Conselho de Gerência</b></p> <p><b>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</b></p> </div>
<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  N° Sócio

Nome

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

**Beneficiário - Familiar**

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

Nome

Parentesco 

Cônjuge	Filho/a	Comp.	Neto/a	Outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est. Civil 

Solteiro	Casado	Viúvo	Divorc.	Separado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Outras Comparticipações**

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requiro a concessão de comparticipação nas despesas a seguir referidas, pelo que presto as seguintes informações:

<input type="checkbox"/> Internamento Toxicodependência	<input type="checkbox"/> Material / Próteses
<input type="checkbox"/> Honorários médicos	<input type="checkbox"/> _____

Valor da despesa ..... Euros \_\_\_\_\_

Valor da comparticipação ..... Euros \_\_\_\_\_

Encargo do Beneficiário ..... Euros \_\_\_\_\_

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de comparticipações 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 entrada, do requerimento**, nos SAMS.

**O S.B.C./SAMS são responsáveis pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente o solicitem por escrito.**

Documentos a anexar:

- Relatório do médico especialista
- Fotocópia do IRS.

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços