

OUTRAS COMPARTICIPAÇÕES

Para uso exclusivo dos Serviços							
Parecer <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" colspan="2"> Conselho de Gerência DESPACHO/DELIBERAÇÃO </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	Conselho de Gerência DESPACHO/DELIBERAÇÃO					
Conselho de Gerência DESPACHO/DELIBERAÇÃO							
Recepção <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Conf. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Reg. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:80%; height: 40px;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td style="width:80%; height: 40px;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td style="width:80%; height: 40px;"></td> <td style="width:20%;"></td> </tr> </table>						

Beneficiário - Titular	
Nº Beneficiário	Nº Sócio
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	
Banco _____	Balcão _____ Tel. _____

Beneficiário - Familiar	
Nº Beneficiário	Data de Nascimento ____/____/____
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	
Parentesco	Est. Civil
Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/a <input type="checkbox"/> Comp. <input type="checkbox"/> Neto/a <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorc. <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Outras Comparticipações	
Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS SBC, 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 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 entrada, do requerimento, 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 do médico especialista
- Fotocópia do IRS.

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços