

ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL

Para uso exclusivo dos Serviços	
<p style="text-align: center;">Parecer</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Conselho de Gerência</p> <p>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>Benef. N°: <input type="text"/></p> <p>De: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> a <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Benef. N°: <input type="text"/></p> <p>De: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> a <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Subsídio:</p> <p>Início: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> N° Prest. <input type="text"/></p> </div>
<p>Pré-Parto <input type="checkbox"/></p> <p>Parto e Pós-Parto <input type="checkbox"/></p> <p>Interrupção de Gravidez <input type="checkbox"/></p>	
<p>Recepção <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Conf. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Reg. Inf. <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Beneficiário - Titular</p> <p style="text-align: center;">N° Beneficiário <input type="text"/> N° Sócio <input type="text"/></p> <p>Nome <input type="text"/></p> <p>Banco <input type="text"/> Balcão <input type="text"/> Tel. <input type="text"/></p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Pré-Parto</p> <p>Nos termos e para os efeitos previstos na Assistência Materno Infantil, requiro a concessão dos referidos benefícios, pelo que presto as seguintes informações:</p> <p>Parturiente</p> <p style="text-align: center;">N° Beneficiário <input type="text"/> Início da gravidez <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Nome <input type="text"/></p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Parto e Pós-Parto</p> <p>Nos termos e para os efeitos previstos da Assistência Materno Infantil e Subsídio Materno Infantil, requiro a concessão dos referidos benefícios, nos termos do Regulamento dos SAMS SBC, pelo que presto as seguintes informações:</p> <p>Parturiente</p> <p style="text-align: center;">N° Beneficiário <input type="text"/></p> <p>Nome <input type="text"/></p> <p>Recém-Nascido</p> <p style="text-align: center;">N° Beneficiário <input type="text"/> Data de nascimento <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Nome <input type="text"/></p> <p><i>Obs.: A presente informação não dispensa a prévia inscrição do recém-nascido como beneficiário dos SAMS SBC.</i></p> </div>	

