

REQUISIÇÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

- ABERTURA DE CRÉDITO -

(a preencher pelos S.A.M.S.)

Nº	
Data ____/____/____	
BANCO	BALCÃO
Conferido	

Benef. Titular	Sócio	Beneficiário
Nº	Nº	Nome

O beneficiário acima referido, sócio do Sindicato dos Bancários do
empregado no Banco em
e residente em

solicita lhe seja emitido **Termo de Responsabilidade** para utilização dos serviços a seguir assinados:

- Internamento Hospitalar em
- Intervenção Cirurgica a efectuar pelo Dr.

(A emissão só será válida no caso de cumprimento integral das tabelas do SAMS/Centro)

- Meios de Diagnóstico a efectuar em
-

relativamente a (parentesco) beneficiário nº
nome nascido a/...../.....

Assim, assume para todos os efeitos, a responsabilidade integral dos débitos que lhe venham a ser efectuados, no cumprimento do Regulamento dos SAMS em vigor, pelo que declara autorizar a descontar no seu vencimento / pensão / reforma ou nos subsídios emergentes do ACTV aplicável bem como proceder à retenção do valor das prestações vincendas caso se encontre suspensa a sua remuneração mensal.

1 – Declara que a necessidade da assistência a que respeitará o Termo de Responsabilidade ocorre:

- com eventual responsabilidade de Terceiros - Identificação
- sem eventual responsabilidade de Terceiros.

2 – Anexa o(s) seguinte(s) documento(s):

- Relatório médico (no caso de exames de diagnóstico ou intervenção cirurgica)
-

..... de de

ass.
(igual à do Bilhete de Identidade)

A preencher quando não fôr assinado pelo beneficiário titular

Nome
Benef. SAMS nº Grau de Parentesco c/Benef. Titular



NOTA - ESTE IMPRESSO IMPLICA A ASSINATURA DO MOD. 3.02.01.00037-SIND.