

DOENÇAS CRÓNICAS

Para uso exclusivo dos Serviços

<p style="text-align: center;">Parecer</p> 	<p style="text-align: center;">Conselho de Gerência</p> <p style="text-align: center;">DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p>
<p>Recepção <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Conf. <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Reg. Inf. <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>Cód. Doença <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Obs. <input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/></p>

Beneficiário - Titular

Nº Beneficiário

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"/>

Comparticipação em doenças crónicas

Nos termos e para os efeitos previstos no Regulamento dos SAMS, requiro a constituição de processo no âmbito das doenças crónicas:

Natureza da doença: _____

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, 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.)

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 clínico de modelo em vigor nos SAMS, comprovando e documentando a existência de doença crónica.

Serviços

Pareceres

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços