

DOENÇAS CRÓNICAS

Para uso exclusivo dos Serviços			
Parecer <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Conselho de Gerência </div> DESPACHO/DELIBERAÇÃO _____ / ____ / ____		
Recepção <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> Conf. <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> Reg. Inf. <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/> <input type="text" value="/"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		Cód. Doença <input style="width: 100%;" type="text"/> Obs. <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>

Beneficiário - Titular

Nº Beneficiário

Nome

Banco _____ Balcão _____ Tel. _____

Beneficiário - Familiar

Nº Beneficiário

Data de Nascimento ____/____/____

Nome

Parentesco Cônjuge Filho/a Comp. Neto/a Outros

1 2 3 4 5

Est. Civil Solteiro Casado Viúvo Divorc. Separado

1 2 3 4 5

Comparticipação em doenças crônicas

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

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 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.)

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

Pareceres

Serviços

Clínicos

Para uso exclusivo dos Serviços