

SUBSÍDIO DE NASCIMENTO

Para uso exclusivo dos Serviços

PARECER/DESPACHO

_____ / ____ / ____

Recepção

____ / ____ / ____

Conf.

____ / ____ / ____

Reg. Inf.

____ / ____ / ____

Sócio

Nº

Nome

Filho

Nascido a ____ / ____ / ____

Nome

Filho

Nascido a ____ / ____ / ____

Nome

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

____ / ____ / ____

Sócio

(Assinatura conforme C.C.)

documentos a apresentar

- Fotocópia da declaração do estabelecimento hospitalar indicando a data do parto.
- Fotocópia do Cartão de Cidadão do recém-nascido.

O S.B.C./SAMS são responsáveis pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente o solicitem por escrito.