



### DOENÇA CRÓNICA

(Para uso exclusivo dos serviços)

CÓD. \_\_\_\_\_

OBS. \_\_\_\_\_

RECEÇÃO SAMS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REGISTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parecer Clínico

Despacho

Obs. Os benefícios previstos neste domínio aplicam-se apenas nos serviços prestados no SAMS e produzem efeitos a partir da data da receção do processo completo, no SAMS, sem qualquer retroatividade.

**NOS TERMOS DO REGULAMENTO, REQUEIRO A CONSTITUIÇÃO DE PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA PARA O(A) BENEFICIÁRIO(A) A SEGUIR INDICADO(A):**

BENEFICIÁRIO

DATA NASCIMENTO  -  -

NOME

BENEFICIÁRIO TITULAR

FSA desde \_\_\_\_\_

NOME

TELEFONE

EMAIL \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO A ANEXAR:**

Relatório Clínico (modelo em vigor no SAMS)

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 pelo SAMS, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBSI/SAMS.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_  
(Ou responsável pelo Titular quando inabilitado)

O SBSI/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que, legitimamente, lho solicitem por escrito.