

Frequência de Estabelecimento - A preencher pela Instituição

Nome da instituição _____

Localidade _____

Utente admitido em ___/___/___

Regime de Frequência: Semi-internato Externato

Serviços/atividades incluídas na mensalidade:

CENTRO ACTIVIDADES OCUPACIONAIS (CAO)	,
ALIMENTAÇÃO (1)	,
TRANSPORTE (2)	,
Outras actividades – Quais:	,
TOTAL DA MENSALIDADE	
(1); (2) Se não for indicado o valor, é deduzido o montante fixado em portaria)	

Assinatura/Carimbo da instituição _____

Tratamentos Especializados - A preencher pelos Técnicos

PSICOMOTRICIDADE/TERAPIA PSICOMOTORA/OCUPACIONAL	
Nome _____	
Especialização _____	
Plano Terapêutico <input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal Outra _____	
Início do Tratamento ___/___/___ Custo por Sessão € _____	
TERAPIA DA FALA	
Nome _____	
Especialização _____	
Plano Terapêutico <input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quinzenal Outra _____	
Início do Tratamento ___/___/___ Custo por Sessão € _____	

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