

MATERNO-INFANTIL

Nos termos do Regulamento do Regime Geral, requiro a concessão dos benefícios no âmbito do apoio materno-infantil.

(Obs: Os benefícios previstos neste domínio são atribuídos a partir da data de receção do processo completo no SAMS, sem retroatividade).

Pré-parto

Data provável do parto _____

Parto e Pós-parto

Data de nascimento _____

Interrupção da gravidez

Data de interrupção _____

N.º Beneficiário(a) titular _____

Nome do titular

Parturiente se diferente do titular

N.º Beneficiária familiar _____

Nome familiar

Recém-nascido(a)

N.º Beneficiário(a) _____

Nome

Observações:

- A presente informação não dispensa a prévia inscrição do recém-nascido(a) como beneficiário(a) do SAMS.
- Deve ser comunicada ao SAMS qualquer alteração da situação que justificou a atribuição dos benefícios.

Documentação a anexar:

- Declaração médica indicando a situação e a data provável do parto ou da interrupção da gravidez
- Declaração do estabelecimento hospitalar, indicando a data do parto ou Cédula Pessoal do recém-nascido

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso e documentos anexos, bem como os obtidos pelo Mais Sindicato e pelo SAMS através da prestação de serviços, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do Mais Sindicato ou do SAMS.

Sem prejuízo do referido, o Mais Sindicato ou o SAMS poderão facultar a terceiros dados pessoais de que sejam destinatários, na estrita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e assegurando-se a segurança da informação de acordo com o RGPD.

O Mais Sindicato é responsável pelo tratamento dos dados constantes deste formulário, de acordo com a respetiva Política de Privacidade e assegurará aos seus titulares os direitos de acesso, retificação, eliminação, limitação, portabilidade e oposição, sempre que legitimamente lho solicitem, por escrito.

Titular

(Ou responsável pelo titular quando inabilitado)

Familiar

(Ou responsável pelo familiar quando inabilitado)

Data _____

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

Pode ser enviado por e-mail para comp.diretas@sams.pt

Pág. 1/1