

1 inscrição <input type="checkbox"/> alteração <input type="checkbox"/> 2ª via <input type="checkbox"/> Nº de Beneficiário <input style="width: 100%;" type="text"/>	2 Nº de Sócio do Sindicato <input style="width: 100%;" type="text"/>	3 Foi Beneficiário dos SAMS-Norte? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Nº de Beneficiário <input style="width: 100%;" type="text"/>
4 Nome completo do utente a inscrever (igual ao B.I. e sem abreviaturas) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Morada (Rua, Praça, Avenida) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Freguesia (Residência) <input style="width: 200px;" type="text"/> Concelho <input style="width: 200px;" type="text"/> Distrito <input style="width: 100px;" type="text"/> Localidade <input style="width: 200px;" type="text"/> Cód. Postal <input style="width: 100px;" type="text"/> Localidade postal <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefone da residência <input style="width: 150px;" type="text"/> Telemóvel <input style="width: 150px;" type="text"/> E-mail <input style="width: 150px;" type="text"/>		
5 Naturalidade (Freguesia) <input style="width: 150px;" type="text"/>	6 Concelho <input style="width: 150px;" type="text"/>	7 Distrito <input style="width: 100px;" type="text"/>
8 Nacionalidade <input style="width: 150px;" type="text"/>	9 Nº Contribuinte <input style="width: 150px;" type="text"/>	
10 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	11 Estado Civil Solteiro <input type="checkbox"/> 1 Casado <input type="checkbox"/> 2 Viúvo <input type="checkbox"/> 3 Divorciado <input type="checkbox"/> 4 Separado <input type="checkbox"/> 5 U. de facto <input type="checkbox"/> 6	12 Data de Nascimento Ano <input style="width: 50px;" type="text"/> / Mês <input style="width: 50px;" type="text"/> / Dia <input style="width: 50px;" type="text"/>
13 Bilhete de Identidade <input style="width: 100px;" type="text"/> Arquivo de Identificação <input style="width: 100px;" type="text"/> Emitido em <input style="width: 100px;" type="text"/>		
14 Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique: Nº de Beneficiário/Utente <input style="width: 150px;" type="text"/> Descrição do Organismo/Seguro de Saúde <input style="width: 300px;" type="text"/> Titular <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
15 Nº Segurança Social <input style="width: 100px;" type="text"/> Descrição do Organismo <input style="width: 200px;" type="text"/> Nº Utente Serviço Nac. de Saúde <input style="width: 100px;" type="text"/>		
16 Grau de parentesco Cónjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Sogra(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Equiparado <input type="checkbox"/> Neto <input type="checkbox"/> Genro <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/>	17 Profissão do Beneficiário a inscrever <input style="width: 150px;" type="text"/>	
18 Nome do beneficiário titular <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
19 Nº Beneficiário Titular <input style="width: 100px;" type="text"/>		
20 Entidade patronal <input style="width: 150px;" type="text"/> Cód. Entidade <input style="width: 50px;" type="text"/> Local de trabalho <input style="width: 150px;" type="text"/> Cód. Balcão <input style="width: 50px;" type="text"/>		

Declaro que assumo a responsabilidade pelo pagamento na totalidade dos encargos pela assistência prestada e resultantes da aplicação das tabelas em vigor, para efeito previsto na deliberação do Conselho de Gerência e, caso não liquide no acto e na totalidade a respectiva despesa, autorizo que o pagamento seja efectuado através de desconto na conta nº(*).

BANCO	BALCAO	CONTA	DC
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Data ____ / ____ / ____

(*) - Não se aplica a Beneficiários dos SAMS - Centro e Sul e Ilhas

Aguarda deferimento

Assinatura do Beneficiário Titular

Data de recepção <input style="width: 100%;" type="text"/>	Observações <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Data de caducidade <input style="width: 100%;" type="text"/>	O Funcionário _____ D. S. B. _____ A Chefia _____

NOTA: As ÁREAS SOMBREADAS destinam-se aos Serviços do SBN/SAMS.

v.s.f.f. →

Autorizo que as informações e dados pessoais forecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBN/SAMS.

Se Beneficiário maior de 18 anos

Sócio / Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

Assinatura conforme B.I.

OBSERVAÇÕES

Como "UTENTE" pode utilizar os Postos Clínicos dos SAMS em todos os cuidados de saúde neles existentes (consultas, tratamentos, cirurgias e meios auxiliares de diagnóstico) mediante o pagamento global das tabelas vigentes à data da prestação dos mesmos, de que será emitido o respectivo recibo.

Deve anexar fotocópias de:

- a) Bilhete de Identidade (frente e verso) ou Cédulo Pessoal - **Quando menores de 10 anos**
 - Fotocópia do B.I. do bancários e/ou cônjuge – **Para inscrição de ascendentes (pais e sogros)**
 - Fotocópia do B.I. dos progenitores filhos de bancários e/ou cônjuge – **Para inscrição de netos**
- b) Cartão de contribuinte (maiores de 18 anos)
- c) Cartão de Beneficiário doutro Sistema de Saúde ou sendo Beneficiário da Segurança Social, Cartão de Consulta ou de "utente" do Serviço Nacional de Saúde ou da sua requisição sem ligação aos SAMS.
- d) Certidão de casamento ou Boletim de casamento - **Para inscrição de noras/genros**
- e) Certidão de nascimento narrativa completa do filho(a) e da companheira(o) e declaração a comprovar a união de facto - **Para inscrição de Companheiro(a)**
- f) Outros elementos que eventualmete o SBN/SAMS entenda solicitar.