



SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL
SINDICATO DOS TRABALHADORES
DO SETOR FINANCEIRO DE PORTUGAL

Requerimento para
ASSISTÊNCIA NO ESTRANGEIRO

Ao

Conselho de Gerência dos SAMS/SBN

Rua de S. Brás, 444

4049 - 049 PORTO

Nos termos e condições previstas no Regulamento dos SAMS/SBN, requero a concessão da comparticipação nas despesas resultantes de assistência clínica de grande especialização prestada no estrangeiro, face à inexistência ou a comprovada incapacidade dos meios técnicos e/ou humanos em território português, pelo que presto as seguintes informações:

1. SOBRE O BENEFICIÁRIO - TITULAR

Beneficiário SAMS/SBN N° _____ / _____

Nome _____

Banco _____ Balcão _____ Residência _____

_____ Código Postal _____ - _____ Localidade _____

2. SOBRE O BENEFICIÁRIO - UTENTE

Beneficiário SAMS/SBN N° _____ / _____

Nome _____ Idade _____

3. MÉDICO ASSISTENTE

Nome _____ Especialidade _____

4. INSTITUIÇÃO OU ENTIDADE ESTRANGEIRA QUE VAI PRESTAR OS RESPECTIVOS SERVIÇOS:

Nome _____

Morada _____ País _____

Na deslocação irá ser utilizado o seguinte meio de transporte: Avião Ferroviário Viatura particular

No alojamento será utilizada a seguinte modalidade: Est. Hospitalar Est. Hoteleiro Casa particular

Solicita concessão de empréstimo, para pagamento de bens e/ou serviços a adquirir nos termos previstos regulamentarmente para o efeito Não Sim no valor de € _____ , _____

DOCUMENTOS ANEXOS

Relatório Médico _____

Completada a deslocação e nos termos regulamentares, comprometo-me a apresentar aos SAMS/SBN:

- Os documentos susceptíveis de comparticipação, constando obrigatoriamente dos mesmos o nome do beneficiário, a natureza dos serviços prestados e o montante da importância paga;
- Relatório da Instituição estrangeira que tenha prestado os respectivos serviços clínicos.

_____, _____ de _____ de 20____

