

ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

- Pré-Parto e Parto ☐
- Pós-Parto ☐
- Recém-nascido ☐
- Interrupção de Gravidez:
 - Durante o 1º semestre ☐
 - Parto prematuro de nado-morto ☐

Nº do Processo

DESPACHO

Recepção / /

Conferido / /

Beneficiário Titular

Nº de Beneficiário

Nome

Banco Balcão Telefone/Telem

Pré-Parto e Parto

Nos termos e para os efeitos previstos da Assistência Materno-Infantil dos SAMS, requiro a concessão dos referidos benefícios, pelo que presto as seguintes informações:

Parturiente

Nº de Beneficiário

Início da gravidez / /

Nome

Pós-Parto

Nos termos e para os efeitos previstos da Assistência Materno-Infantil dos SAMS, requiro a concessão dos referidos benefícios, pelo que presto as seguintes informações:

Parturiente

Nº de Beneficiário

Nome

Recém-nascido

Nº de Beneficiário

Data de nascimento / /

Nome

Recém-nascido

Nº de Beneficiário

Data de nascimento / /

Nome

Interrupção de gravidez

Nos termos e para os efeitos previstos da Assistência Materno-Infantil dos SAMS, requeiro a concessão dos referidos benefícios, pelo que presto as seguintes informações:

Nº de Beneficiário

Nome

Data / /

DECLARAÇÃO

Declaro que, no caso de ocorrência em que não se justifiquem os referidos benefícios, comunicarei de imediato tal facto aos 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 pelos SAMS, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBN/SAMS.

Se Beneficiário maior de 18 anos

O Beneficiário Titular

(assinatura conforme B.I.)

(assinatura conforme B.I.)

Data / /

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento nos SAMS;
- O SBN/SAMS são responsáveis pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e supressão, sempre que legitimamente o solicitem por escrito.

Documentos a apresentar:

- 1) – Declaração médica indicando a situação e data do pré-parto ou da interrupção da gravidez;
- 2) – Declaração do estabelecimento hospitalar, indicando a data do parto;
- 3) – Fotocópia da Cédula Pessoal do recém-nascido.