



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

Requerimento para
ASSISTÊNCIA NO ESTRANGEIRO

Ao

Conselho de Gerência do SAMS SBN

Rua de S. Brás, 444

4049 - 049 PORTO

Nos termos e condições previstas no Regulamento do 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

Beneficiário SAMS SBN N° _____ / _____

Nome _____

Banco _____ Balcão _____ Residência _____

_____ Código Postal _____ - ____ Localidade _____

2. SOBRE O BENEFICIÁRIO

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:

a) Os documentos susceptíveis de comparticipação, constando obrigatoriamente dos mesmos o nome do beneficiário, a natureza dos serviços prestados e o montante da importância paga;

b) Relatório da Instituição estrangeira que tenha prestado os respetivos serviços clínicos.

_____, ____ de _____ de 20 ____

