

**Artº 14º do Regulamento do FSA /Artº 20º - Normas complementares do FSA
(Outras participações)**

1. A atribuição de participação em despesas que não se encontrem expressamente referidas nas presentes Normas, mas que sejam integráveis no âmbito e objetivos dos SAMS-SBN e impliquem consideráveis encargos, está dependente de uma análise casuística e encontra-se condicionada a:
- a) Apresentação do pedido de participação, em modelo próprio em uso nos SAMS-SBN;
 - b) Apresentação de relatório clínico circunstanciado que fundamente o pedido de participação;
 - c) Comprovativo dos rendimentos e despesas fixas do agregado familiar, onde se inclui a fotocópia da última declaração de IRS apresentada e quaisquer outros documentos considerados necessários para a análise da situação socioeconómica do Beneficiário;
 - d) Existência de disponibilidades financeiras do FSA;
 - e) Fatura/Recibo contendo o discriminativo da despesa;
 - f) Apreciação favorável dos serviços internos dos SAMS-SBN sobre os bens e/ou serviços a participar;
 - g) Deliberação favorável tomada em Reunião do Conselho de Gerência.

.....

Para mais informações consulte o Regulamento do FSA e Normas Complementares em:
www.sbn.pt

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário _____ Activo Reforma FSA desde _____ / _____
Nome _____
Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Nome _____

Parentesco: Cônjuge 1 2 3 4 5 6 7
Filho 2 3 4 5 6 7
Pai/Mãe 3 4 5 6 7
Sogro/a 4 5 6 7
Comp. 5 6 7
Equip. 6 7
Neto/a 7

Estado civil: Solteiro 1 2 3 4 5
Casado 2 3 4 5
Viúvo 3 4 5
Divorc. 4 5
Separado 5

Outras participações

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 14º do Regulamento do FSA e Artº 20º das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão de participação nas despesas a seguir referidas, pelo que presto as seguintes informações:

- Honorários médicos _____ _____
- Material / Prótese _____ _____
- _____ _____

Valor da despesa..... € _____
Valor da participação..... € _____
Encargo do beneficiário € _____

Comprovativo de rendimentos

Número de pessoas do agregado familiar: _____
Rendimento do agregado familiar: _____ €
Total das despesas fixas (nº 2 b) _____ €
Rendimento per capita do agregado familiar: _____ €

Documentos a anexar:

- Apresentação do relatório modelo 203 que fundamente o pedido de comparticipação;
- Comprovativo de rendimentos e despesas fixas do agregado familiar, através de fotocópias do IRS;
- Factura/recibo discriminativo referente à despesa;
- _____
- _____
- _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade, e autorizo que as mesmas e os dados pessoais sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SAMS SBN

O Beneficiário Titular

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura conforme B.I./C.C.)

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário. Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei. Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

NOTA: Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento no SAMS SBN.

Para uso exclusivo dos Serviços

Parecer do Serviço Social

SAMS ____ / ____ / ____

Parecer da Direção Clínica

SAMS ____ / ____ / ____

Despacho do Conselho de Gerência

SAMS ____ / ____ / ____

Instruções para procedimento administrativo

SAMS ____ / ____ / ____