



PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE MAD

Preenchimento efetuado pelo beneficiário - com a respetiva prescrição/declaração médica, enviar para o e-mail: termo.responsabilidade@sibanca.pt

Nome (beneficiário que realiza o exame / tratamento):

Beneficiário nº: _____

Venho, por este meio, solicitar a emissão de TERMO DE RESPONSABILIDADE ao SAMS/SIB do Sindicato Independente da Banca, relativo a:

- Ressonância Magnética
- Endoscopias
- Outros exames de Otorrinolaringologia
- Outros exames de Neurofisiologia
- Tratamentos de Dermatologia
- Outros

Para apresentação na entidade: _____

Para o efeito, junto envio prescrição/declaração médica devidamente circunstanciada, onde consta a identificação dos atos médicos a realizar no dia: ___ / ___ / _____

Data, ___ / ___ / _____

Telefone direto _____

Assinatura

DECLARAÇÃO

Para efeitos de análise clínica e eventual emissão de Termo de Responsabilidade, a emitir pelos serviços competente do SAMS/SIB, autorizo a entidade prestadora de serviços de saúde e/ou médico, a facultar as informações necessárias ao SAMS/SIB. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.

Assinatura do Paciente (beneficiário) ou seu representante legal:

Data ___ / ___ / _____

www.sibanca.pt

Av. Casal Ribeiro, 17 B, 1049-102 Lisboa
Tel. 217 906 994 / 217 936 120 | Fax. 217 906 996
NIF 504 837 320
Email: geral@sibanca.pt | sams_sib@sibanca.pt