

PEDIDO DE ACORDO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ASSISTÊNCIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Pedido de Acordo <small>(a preencher pelos n/ Serviços)</small>										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICAÇÃO

Nome ou Firma <small>(conforme NIPC/NIF):</small>					
Denominação <small>(Nome Comercial):</small>					
Sede ou Domicílio Profissional:					
Localidade:		Código Postal:	_____ - _____		
Concelho:		Distrito:			
NIF /NIPC:	_____ . _____ : _____				
Telefone:		Fax:		e-mail:	
Director Clínico				Nº O.M. /Outros	

Observações:

DESPACHO DA DIRECÇÃO:

Pedido de Acordo

(a preencher pelos n/ Serviços)

ESPECIALIDADES / Consultas

Designação	X
Anestesiologia	
Cirurgia Vascular	
Cardiologia	
Cardiologia Pediátrica	
Cirurgia Córdio-Torácica	
Cirurgia Geral	
Cirurgia Pediátrica	
Cirurgia Plástica Reconstructiva	
Dermato-Venereologia	
Doenças Infecciosas	
Endocrinologia	
Gastrenterologia	
Genética Médica	
Ginecologia/Obstetrícia	
Hematologia Clínica	
Imuno-Alergologia	
Medicina Física e Reabilitação	
Clínica Geral	
Medicina Interna	
Nefrologia	
Neuro-Cirurgia	

Designação	X
Neurologia	
Oftalmologia	
Oncologia Médica	
Ortopedia	
Otorrinolaringologia	
Pediatria	
Pneumologia	
Psiquiatria	
Psiquiatria Infantil e Adolescência	
Reumatologia	
Urologia	

Cirurgia Maxilo-Facial	
Estomatologia a)	
Ortodôntia	

a) Só aceitamos acordo global, incluindo Próteses Dentárias e Ortodôntia

SUB-ESPECIALIDADES

Neurofisiologia	
-----------------	--

Neuropediatria	
----------------	--

(continua)

Pedido de Acordo

(a preencher pelos n/ Serviços)

(continuação)

TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

Psicologia	
Nutrição	
Podologia	
Homeopatia / Osteopatia	
Acupuntura	

Outras:

Diárias	
Pisos de Sala	
SMAP / Urgência	

SERVIÇOS ESPECIAIS / MANOBRAS TERAPÊUTICAS / TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

Enfermagem	
Serviços psiquiátricos	
Serviços de nefrologia	
Serviços de gastroenterologia	
Serviços de oftalmologia	
Serviços de otorrinolaringologia	
Serviços de cárdio-vasculares	
Serviços de pneumologia	
Serviços de imunoalergologia	
Serviços de ginecologia	
Serviços de obstetrícia	
Serviços de neurofisiologia	
Serviços de dermatologia	
Serviços de urologia	
Serviços de endoscopia	
Biópsias	
Biópsias ecoguiadas	
Check-Up's	

Técnicas reumatológicas	
Radiodiagnóstico	
Ortopantomografia / Telerradiografia	
Densitometria	
Ecotomografia	
Tomografia axial computadorizada	
Ressonância magnética	
Meios auxil. diagnóstico e terap. vascular	
Radioterapia externa	
Patologia clínica (Análises Clínicas)	
Anatomia patológica	
Genética	
Medicina Física e de Reabilitação	
Aplic. aparelhos gessados ou ortopédicos	
Medicina nuclear	

Outros:

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA A ELABORAÇÃO DO ACORDO

Entidades em Nome Colectivo:

Fotocópias dos seguintes documentos:

- Cartão de Contribuinte da entidade
- Registo Comercial
- Cédulas Profissionais dos Médicos/Técnicos
- Curriculum dos Médicos/Técnicos

Nome Individual:

Fotocópias dos seguintes documentos:

- Cartão de Contribuinte
- Cédula Profissional
- Curriculum

Os documentos devem ser enviados para:

**Sindicato Independente da Banca
SAMS/SIB
Av. Casal Ribeiro, 17 B
1049-102 LISBOA**

Pedido de esclarecimentos para:

**Dora Anacleto / Manuela Talina
Tel: 217906994 - 217936720
Fax: 217906996
e-mail: sams_sib@sibanca.pt**