



SAMS/SIB

**Sindicato Independente
da Banca**

PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Nome (beneficiário a intervencionar):

Beneficiário nº: _____

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

- Cirurgia (despesas hospitalares)
- Cirurgia (honorários médicos)
- Parto/Cesariana (despesas hospitalares)
- Parto/Cesariana (honorários médicos)
- Medicina (Internamento)
- Meios Complementares de Diagnóstico (Ambulatório)

Para apresentação na entidade: _____

Para o efeito, junto envio Declaração do Médico⁽¹⁾ devidamente circunstanciada, com o código da OM, onde consta a identificação dos Atos Médicos a realizar⁽²⁾ no dia: ____/____/____

Data, ____/____/____ Telefone direto _____

O Sócio,

⁽¹⁾Minuta em Anexo, caso ainda não tenha a respetiva declaração médica.

⁽²⁾No caso do pedido incluir honorários médicos, a equipa médica deverá ser devidamente discriminada, assim como deve ser referido o valor unitário de K praticado no ato.

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 a intervencionar) ou seu representante legal:

Data ____/____/____

www.sibanca.pt



Declaração Médica

Preencher pelo Médico

Nome Beneficiário: _____

Nº _____

Idade: _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA (Obrigatório)

O quadro clínico é resultante de acidente:

Sim

Não

Data início sintomas: ____/____/____

Data diagnóstico: ____/____/____

Historial Clínico e Diagnóstico: _____

Exames Efetuados: _____

(Anexar cópia dos exames e respetivos relatórios)

Tipo de Intervenção / Tratamento a realizar: _____

Código da Tabela da Ordem dos Médicos (COM 1997): _____

Estabelecimento de Saúde: _____

Valor do K cirúrgico: _____

Data de internamento / ato: ____/____/____

Nº de dias previstos de internamento: _____

Constituição da Equipa Cirúrgica

Cirurgião: _____

1º Ajudante: _____

2º Ajudante: _____

3º Ajudante: _____

Instrumentista: _____

Anestesista: _____

O Médico

Data: ____/____/____

(vinheta ou nº cédula)