



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:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Cirurgia (despesas hospitalares) |
| <input type="checkbox"/> | Cirurgia (honorários médicos) |
| <input type="checkbox"/> | Parto/Cesariana (despesas hospitalares) |
| <input type="checkbox"/> | Parto/Cesariana (honorários médicos) |
| <input type="checkbox"/> | Medicina (Internamento) |
| <input type="checkbox"/> | 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)