



SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL  
SINDICATO DOS TRABALHADORES  
DO SETOR FINANCEIRO DE PORTUGAL

Exmo Senhor

## DIRETOR CLÍNICO DO SAMS SBN

Rua de S. Brás, 444  
4049 - 049 PORTO

**RELATÓRIO CLÍNICO - CONFIDENCIAL**

## Identificação do Beneficiário

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nº de Benefício \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Declaração Médica —

O abaixo assinado, médico especialista de \_\_\_\_\_ declara para efeitos de assistência clínica de grande especialização prestada no estrangeiro, o seguinte:

Continua >

*Continuação*

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (assinatura) \_\_\_\_\_

Nome do Médico \_\_\_\_\_

Nº da Carteira Profissional da Ordem dos Médicos \_\_\_\_\_

**Relatório Clínico** deverá conter, nomeadamente e concretamente, os seguintes elementos:

1. **Natureza da doença** (incluindo esclarecimento sobre as diligências já efetuadas em ordem ao respetivo diagnóstico e terapêutica):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **Declaração** da efetiva necessidade de deslocação ao estrangeiro por inexistência ou incapacidade dos meios técnicos e/ou humanos em Portugal:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Objetivo** específico da deslocação:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **Instituição ou entidade** estrangeira à qual o doente poderá ou deverá recorrer:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **Justificação** da efetiva necessidade de acompanhante, quando tal se verificar:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARECER** \_\_\_\_\_

A Direção Clínica \_\_\_\_\_