

Carimbo e Vinheta do Médico**REGISTO DE ENTRADA****Beneficiário**

Beneficiário Nº _____

Idade _____

Nome _____

Educação Especial (para análise do serviço clínico interno do SAMS SBN)1. Antecedentes pediátricos a realçar: _____

_____2. Situação clínica atual: _____

_____3. Meios complementares de diagnóstico já efetuados: _____

_____4. Orientação terapêutica aconselhada: _____

Nome completo do Médico _____

Especialidade _____ Cédula Profissional da Ordem dos Médicos Nº _____

O Médico

Data _____ / _____ / _____

(Assinatura conforme B.I./C.C.)

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário.

Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei.

Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

NOTA: Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento no SAMS SBN.