

**Artº 9º do Regulamento do FSA /Artº 15º - Normas complementares do FSA
(Educação Especial)**

1. É atribuída comparticipação a Beneficiários até à idade de 24 anos, nas despesas referentes a:
 - a) Frequência em estabelecimentos de ensino, tutelados pelo Ministério da Educação, que impliquem o pagamento de mensalidade, de beneficiários que possuam comprovada incapacidade permanente física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual (*);
 - b) Em tratamento especializado, nas áreas da terapia da fala e terapia ocupacional, por técnico habilitado.
2. Os benefícios previstos no número anterior não são acumuláveis entre si.
3. A habilitação à comparticipação prevista no n.º 1 deste artigo está dependente de idêntica candidatura junto da Segurança Social.
4. A comparticipação a atribuir por despesas referidas no nº 1, é calculada nos termos das Normas Complementares.

(*) - Em caso de Incapacidade Permanente

Para mais informações consulte o Regulamento do FSA e Normas Complementares
em: www.sbn.pt

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário _____ Ativo Reforma FSA desde _____ / _____

Nome _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____

Nome _____

2. Tratamentos Especializados:

Natureza dos tratamentos: Terapia Ocupacional Terapia da Fala

Técnico:

Nome: _____

Especialização: _____

Endereço: _____

Telefone / Telemóvel: _____

Início do tratamento _____ / _____ / _____ Periodicidade do tratamento _____ sessões por semana

Valor da sessão _____ € Duração do tratamento _____

Antecedentes (comparticipação neste domínio de assistência):

Sim

Não

Comparticipação pelo SAMS SBN

Comparticipação por outra instituição

Instituição junto da qual se habilitou à comparticipação neste domínio, no presente ano:

Nome da Instituição: _____

Despacho: Pendente Deferido Indeferido

Observações: _____

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico Modelo 200, em vigor no SAMS SBN;
- Relatório de avaliação de Terapia da Fala e/ou Terapia Ocupacional;
- Declaração da entidade prestadora de serviços, com indicação do valor das sessões e periodicidade das mesmas;
- Comprovativo da habilitação a idêntico benefício junto da entidade que processa o abono de família (facultativo);
- Cópia da Cédula de Profissional do Terapeuta.
- _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade.

Autorizo que as mesmas e os dados pessoais fornecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SAMS SBN.

O Sócio/Beneficiário Titular

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.

Para uso exclusivo dos Serviços

Parecer do Serviço Social

SAMS SBN ____ / ____ / ____

Parecer da Direção Clínica

SAMS SBN ____ / ____ / ____

Despacho do Conselho de Gerência

SAMS SBN ____ / ____ / ____

Instruções para procedimento administrativo

SAMS SBN ____ / ____ / ____