

PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO NA ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

Requerente (Nome legível)

Morada

Código Postal - **Tel** **Email**

Sócio Nº. **Data do Internamento**/...../..... **Data da Alta**/...../.....

Motivo do Internamento:

.....

Tratamento:

Assinatura do Requerente

DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

- Recibo das despesas hospitalares;
- Documento comprovativo da ADSE;
- Documento comprovativo da Seguradora (caso tenha seguro de doença ou acidente).
- Documento comprovativo da fragilidade económica (*artº 9º do Fundo Social: ...todos aqueles cujo agregado familiar tenha uma capitação inferior a dois ordenados mínimos nacionais.*)

Informação do Próprio/ Delegado Sindical/ Delegação ou Sede do SIM

Documentos anexos:

Obs.:

Valor solicitado:,€

Data/...../.....

O Responsável

DELIBERAÇÃO DO SECRETARIADO NACIONAL E CONTROLE DOS SERVIÇOS

Data de entrada/...../..... email CTT PMP

Quotização sindical

Deliberado em /..... /..... Deferido Indeferido por:

.....

Valor deliberado a pagamento:, € Pago p/transfª bancária em/...../.....

O Dirigente do SN

Os Serviços

Remete aos Artigos: 1º, 2º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 20º, 26º, 27º e 28º do Regulamento do Fundo Social