

S.R. DA SAÚDE
Despacho n.º 775/2015 de 2 de Abril de 2015

A Portaria n.º 28/2015, de 9 de março Regula a Deslocação de Doentes do Serviço Regional de Saúde.

Considerando que o número 3 do artigo 16.º da Portaria em apreço refere que o modelo de credencial deslocação de doentes é aprovado por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria de saúde.

Considerando a necessidade de aprovação do modelo previsto naquele normativo.

Assim, nos termos do n.º 3 do artigo 16.º da Portaria n.º 28/2015, de 9 de março, determino o seguinte:

1. Aprovar o modelo de credencial de deslocação de doentes que constitui anexo a este despacho e dele faz parte integrante.

2. O presente despacho produz efeitos à data de 6 de abril de 2015.

1 de abril de 2015. - O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.



ANEXO
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES
Credencial de deslocação de utentes

Inserir
logotipo da
unidade de
saúde

IDENTIFICAÇÃO			
Nome _____	Data nascimento _____	Idade _____	
CC _____	NIF _____	Nº utente _____	Nº processo _____
Subsistema/Seguro _____		Nº de beneficiário/Apólice _____	
Morada _____		Código Postal _____	
Localidade _____	Ilha _____	Contactos _____	
SERVIÇO DE ORIGEM			
Especialidade _____	Médico assistente _____	Contatos _____	
UNIDADE DE DESTINO			
Instituição de destino _____			
Especialidade _____		Médico assistente _____	
Consulta _____	Cirurgia _____	Internamento _____	Exames _____
Data prevista para o primeiro ato médico _____		Data prevista para o fim dos atos médicos _____	

CUIDADOS ESPECIAIS			
Sem acompanhante	Acompanhante técnico	Acompanhante não técnico	2 Acompanhantes
Cadeira de rodas	Maca	Oxigénio	Outros
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
Data	Assinatura	Nº cédula profissional	
AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL / DESLOCAÇÃO DE DOENTES			
Escalão de participação	NIB	Alojamento convencionado	
CEDO	Grávidas	Transplante	Outros
ACOMPANHANTES			
Nome 1º acompanhante			Telemóvel
NIF	CC	Justificação	
Nome 2º acompanhante			Telemóvel
NIF	CC	Justificação	
TRANSPORTE			
Nº da reserva utente	Companhia	Início	Fim
Nº da reserva 1º acomp.	Companhia	Início	Fim
Nº da reserva 2º acomp.	Companhia	Início	Fim
ALOJAMENTO			
Nome do alojamento	Contacto do alojamento		
IDENTIFICAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL / RESPONSÁVEL			
Data	Assinatura	Nº mecanográfico	Contacto
OBSERVAÇÕES			

SADD (Continente)
9XX XXX XXX

Inserir nome e contacto da unidade de saúde origem

Linha Saúde Açores
808 24 60 24



ANEXO
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE DOS AÇORES
Credencial de deslocação de utentes

Insere o
logotipo da
unidade de
saúde

AMBULATÓRIO (consultas, exames e tratamentos)			INTERNAMENTOS		
Data início	Data fim	Vinheta do local	Data início	Data alta	Vinheta do local

PROCESSAMENTO DE PARTICIPAÇÕES							
Data	Local	Funcionário	Dias de diária doente	Dias de diária acompanhante	Reembolsos transporte	Valor recebido	Modo Pagamento

SADD (Continente)
9XX XXX XXX

Insere nome e contato da unidade de saúde origem

Linha Saúde Açores
808 24 60 24