

SNQTB SAÚDE

PEDIDO DE ACORDO/PROTOCOLO DE SAÚDE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

NOME/FIRMA _____
(CONFORME NIPC/NIF)

DENOMINAÇÃO _____
(NOME COMERCIAL)

NIF/NIPC _____

SEDE OU DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

CONCELHO _____ DISTRITO _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

EMAIL _____ WEBSITE _____

DIRETOR CLÍNICO _____ Nº O.M./OUTROS _____

OBSERVAÇÕES

DESPACHO DE DIREÇÃO

ESPECIALIDADES/CONSULTAS

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGIA | <input type="checkbox"/> GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA | <input type="checkbox"/> PNEUMOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> ARRITMOLOGIA E PACING | <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA CLÍNICA | <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA VASCULAR | <input type="checkbox"/> HEPATOLOGIA | <input type="checkbox"/> PSIQUIATRIA INFANTIL
E ADOLESCÊNCIA |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA | <input type="checkbox"/> IMUNO-ALERGOLOGIA | <input type="checkbox"/> PROCTOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA | <input type="checkbox"/> IMUNO-HEMOTERAPIA | <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA CÁRDIO-TORÁCICA | <input type="checkbox"/> MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO | <input type="checkbox"/> REUMATOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA GERAL | <input type="checkbox"/> MEDICINA INTERNA | <input type="checkbox"/> SENOLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA PEDIÁTRICA | <input type="checkbox"/> NEFROLOGIA | <input type="checkbox"/> UROLOGIA |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA | <input type="checkbox"/> NEURO-CIRURGIA | <input type="checkbox"/> CIRURGIA |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICA GERAL | <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA | <input type="checkbox"/> MAXILO-FACIAL |
| <input type="checkbox"/> DERMATO-VERNEROLOGIA | <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGIA | <input type="checkbox"/> ESTOMATOLOGIA ^{a)} |
| <input type="checkbox"/> DOENÇAS INFECCIOSAS | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA MÉDICA | <input type="checkbox"/> ORTODÔNTIA |
| <input type="checkbox"/> DIABETOLOGIA | <input type="checkbox"/> ORTOPEDIA | |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINOLOGIA | <input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGIA | |
| <input type="checkbox"/> GASTRENTEROLOGIA | <input type="checkbox"/> PATOLOGIA DO SONO | |
| <input type="checkbox"/> GENÉTICA MÉDICA | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA | |

^{a)} Só aceitamos acordo global, incluindo Próteses Dentárias e Ortodôntia.

SNQTB SAÚDE

PEDIDO DE ACORDO/PROTOCOLO DE SAÚDE

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

SUB-ESPECIALIDADES

- NEUROFISIOLOGIA NEUROPEDIATRIA

TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

- PSICOLOGIA TERAPIA DA FALA
 NUTRIÇÃO OUTRAS
 PODOLOGIA DIÁRIAS
 HOMEOPATIA/OSTEOPATIA PISOS DE SALA
 ACUPUNTURA SMAP/URGÊNCIA

SERVIÇOS ESPECIAIS/MANOBRAS TERAPÊUTICAS/TÉCNICAS RADIOLÓGICAS

- ENFERMAGEM CHECK-UP'S
 SERVIÇOS DE CÁRDIO-VASCULARES TÉCNICAS REUMATOLÓGICAS
 SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS RADIODIAGNÓSTICO
 SERVIÇOS DE DERMATOLOGIA ORTOPÂNTOMOGRÁFIA/TELERRADIOG.
 SERVIÇOS DE ENDOSCOPIA DENSITOMETRIA
 SERVIÇOS DE GASTROENTEROLOGIA ECOTOMOGRAFIA
 SERVIÇOS DE GINECOLOGIA TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTORIZADA (TAC)
 SERVIÇOS DE IMUNOALERGOLOGIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)
 SERVIÇOS DE NEFROLOGIA MEIOS AUXIL. DIAG. E TERAP. VASCULAR
 SERVIÇOS DE NEUROFISIOLOGIA RADIOTERAPIA EXTERNA
 SERVIÇOS DE OBSTETRÍCIA PATOLOGIA CLÍNICA (ANÁLISES CLÍNICAS)
 SERVIÇOS DE OFTALMOLOGIA ANATOMIA PATOLÓGICA
 SERVIÇOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA GENÉTICA
 SERVIÇOS DE PNEUMOLOGIA MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO
 SERVIÇOS DE UROLOGIA APLIC. APAR. GESSADO OU ORTOPÉDICO
 BIÓPSIAS MEDICINA NUCLEAR
 BIÓPSIAS ECOGUIADAS QUIMIOTERAPIA

OUTROS

- _____

SNQTB SAÚDE

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA ELABORAÇÃO DO ACORDO/PROTOCOLO

ENTIDADES EM NOME COLETIVO

- **Fotocópia dos seguintes documentos**
 - Cartão de Contribuinte da Entidade;
 - Registo Comercial;
 - Certidão de Registo da ERS - Entidade Reguladora da Saúde;
 - Cédulas profissionais dos médicos/técnicos;
 - Curriculum do diretor clínico;
 - Documento comprovativo do Número de Identificação Bancária (NIB);
 - Tabelas com valores particulares.

NOME INDIVIDUAL

- **Fotocópia dos seguintes documentos**
 - Cartão de Contribuinte;
 - Certidão de Registo da ERS - Entidade Reguladora da Saúde;
 - Cédula profissional;
 - Curriculum;
 - Documento comprovativo do Número de Identificação Bancária (NIB);
 - Tabelas com valores particulares.

Os documentos devem ser enviados para:

Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários

SNQTB Saúde

Avenida Miguel Bombarda, 56 – 2º Esq.

1050-166 Lisboa

Os documentos devem ser enviados para:

Departamento de Acordos

Telefone: 213 581 800

Email: acordos@snqtb.pt

Observação:

- O SNQTB Saúde considera o pedido de acordo/protocolo de saúde completo quando toda a documentação acima referida tenha entrado nos nossos serviços, até 90 dias de calendário.
- No incumprimento da alínea anterior, o SNQTB Saúde considera o pedido de acordo/protocolo sem efeito.

Nota: Ao utilizar os serviços do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários (SNQTB), estou a autorizar, nos termos da lei aplicável, a recolha e processamento dos meus dados pessoais unicamente para a prossecução dos objetivos do SNQTB, designadamente no processamento dos respetivos benefícios inerentes à minha condição de sócio. Nos termos da lei, entendo que tenho o direito de acesso aos meus dados pessoais e que poderei solicitar a respetiva retificação ou apagamento. O direito de acesso aos dados pessoais pode ser exercido por carta ou através do endereço de correio eletrónico dpo@snqtb.pt.