MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

Este documento deve ser enviado para:
Fax: 214 540 702
E-mail: admautoriza@iasfa.pt
Endereço: Rua Piedade Franco Rodrigues, nº 1 2780-383 Oeiras

Nª DE AUTORIZAÇÃO: _____
(a preencher pelos serviços da ADM)

Tipo de Autorização Prévia (a preencher pelo Beneficiário/a)

Ressonância ☐ Tipo: _____

Identificação do Beneficiário (a preencher pelo Beneficiário/a)

Nome :_____

N.º Beneficiário/a: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Validade do cartão: ___/____/____ Idade:_____

Telefone:_____ Telemóvel:_____ Fax:_____

Morada:_____

Localidade: _____ Código Postal: I_I_I_I_I - I_I_I_I

Email:_____

Observações (a preencher pelo Beneficiário)

_____

_____

_____

_____

Declaro que autorizo o Médico a facultar estas e outras informações necessárias à ADM. Todos estes dados serão tratados com confidencialidade e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito da ADM

Data: ____de _____de _____ Assinatura: _____