



**ORÇAMENTO previsível para outros encargos inerentes à CIRURGIA:**

Código	Designação	Valor SAD	Valor Benef.
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€
		€	€

**A preencher obrigatoriamente pelo Beneficiário/Representante Legal**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

*Atesto por este meio que me foi explicado o diagnóstico e/ou tratamento a efetuar bem como, o orçamento previsível correspondente*

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**O Beneficiário/Representante Legal**

*Assinatura do Médico*

Vinheta do Médico

**Data,** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**PARECER do Assessor Médico do SAD/GNR**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**O Assessor Médico**

**PARECER da DAD/GNR**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**O Chefe da DAD/GNR**

**DESPACHO do Diretor da DSAD/GNR**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**O Diretor da DSAD/GNR**