

## Anexo 1 - Declaração do Utente

Nome Completo \_\_\_\_\_  
Filho de \_\_\_\_\_ e  
de \_\_\_\_\_  
com o cartão de cidadão nº \_\_\_\_\_, beneficiário do  
SRS/Subsistema \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, com o estado  
civil de \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, natural de  
\_\_\_\_\_ e residente  
na \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_, declara que concorda com a  
sua admissão na instituição \_\_\_\_\_, conforme  
proposta do Terapeuta/Médico \_\_\_\_\_  
da instituição \_\_\_\_\_ bem como  
a divulgação do seu número de beneficiário para efeitos de faturação a subsistemas.  
\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Doente

\_\_\_\_\_

O Terapeuta/ Médico

\_\_\_\_\_

(carimbo da unidade)

**a) Enviar à Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências, acompanhado pela proposta de admissão**