#

# Formulário Prévio à Admissão

|  |
| --- |
| Porque me foi solicitado o preenchimento deste formulário?O tratamento hospitalar pelo Sistema Nacional de Saúde não é gratuito para todas as pessoas. Todos os hospitais têm o dever legal de verificar se os doentes têm direito ao tratamento gratuito. Proceda ao preenchimento deste formulário para nos ajudar a cumprir este dever. No caso de se tratar de um menor, deverá ser um dos pais/encarregado de educação a preencher o documento em nome da criança. **Depois de preencher o formulário, tem de ler e assinar a declaração abaixo.** |

|  |
| --- |
| ***Preencha este formulário em LETRAS MAIÚSCULAS*** |
| **Apelido:** |       |
| **Nome próprio:** |       | **Data de nascimento:** | D | D | M | M | A | A | A | A |

|  |
| --- |
| DECLARAÇÃO: A SER PREENCHIDA POR TODOS |
| Este hospital pode necessitar de pedir ao Ministério do Interior que confirme o seu estatuto de imigração para nos ajudar a decidir se tem direito a tratamento hospitalar gratuito pelo Sistema Nacional de Saúde. Neste caso, a sua informação pessoal não clínica será enviada para o Ministério do Interior. A informação prestada pode ser usada e retida pelo Ministério do Interior para o exercício das suas funções, incluindo o cumprimento dos controlos de imigração no estrangeiro, nos portos de entrada e no Reino Unido. O Ministério do Interior pode também partilhar as suas informações com outros serviços responsáveis pela aplicação da lei e com agências de recuperação de dívidas autorizadas para efeitos de segurança nacional, a investigação e a instauração de acções penais por crimes, além da cobrança de coimas e de sanções de carácter civil. **Se não estiver isento e não proceder ao pagamento das taxas cobradas por tratamentos pelo Sistema Nacional de Saúde, tal poderá resultar na recusa de futuros pedidos de imigração com o propósito de entrar ou permanecer no Reino Unido. A informação pessoal (não clínica) pode ser transmitida através do Ministério da Saúde para o Ministério do Interior para este efeito.** DECLARAÇÃO: * Li e compreendi as razões pelas quais me foi solicitado o preenchimento deste formulário
* Aceito ser contactado pelo *trust* para confirmar quaisquer informações por mim prestadas.
* Compreendo que os organismos oficiais relevantes podem ser contactados para verificação de qualquer declaração que tenha prestado.
* A informação que prestei neste formulário é correcta tanto quanto é do meu conhecimento.
* Compreendo que se prestar intencionalmente informações falsas podem ser tomadas medidas contra mim. Isto pode incluir remeter a matéria para o especialista de combate à fraude do hospital e a recuperação de quaisquer valores devidos.
 |
| **Assinado:** |       | **Data:** | D | D | M | M | A | A |
| **Nome em letras maiúsculas:** |       | **Relação com o doente:** |       |
| **Em nome de:** |       |

|  |
| --- |
| 1. TODOS: DADOS PESSOAIS *– Responda a todas as questões que se apliquem a si* |
| Vive habitualmente no Reino Unido? | SIM: |  | NÃO: |  | Nacionalidade: |       |
| Morada no Reino Unido: | Número do passaporte: |       |
|       | País emissor: |       |
| Número de telefone: |       | Data de validade do passaporte: | D | D | M | M | A | A |
| Número de telemóvel: |       | Dupla Nacionalidade: |       |
| E-mail: |       | Data de entrada no Reino Unido: | D | D | M | M | A | A |
| Regressará para viver no seu país de origem? | SIM:  |  | NÃO: |  | Se sim, quando? | D | D | M | M | A | A |
| Morada FORA do Reino Unido: | Nome e morada do empregador (Reino Unido ou no estrangeiro): |
|       |       |
| País: |       | País: |       |
| Contacto telefónico: |       | Telefone do empregador: |       |
| 2. TODOS: DOCUMENTAÇÃO OFICIAL |
| Indique-nos quais dos seguintes documentos detém actualmente (assinale todos os que se apliquem): |
|  | Passaporte válido do Reino Unido |  | Passaporte válido da União Europeia |
|  | Passaporte válido de um país fora da União Europeia com visto de entrada | Visto n.º |       |
|  | Visto de estudante |  | Visto de visitante | Data de validade do visto: | D | D | M | M | A | A |
|  | Cartão de Registo de Asilo (ARC) | ARC n.º |       |
|  | Outros – por favor, indique: |       | BRP n.º |       |

|  |
| --- |
| 3. TODOS: A SUA ESTADIA NO REINO UNIDO *– Pode ser-lhe exigido que apresente documentação* |
| Indique-nos qual o objectivo da sua estadia no Reino Unido (assinale todos os que se apliquem): |
|  | Férias/visitar amigos ou família |  | Motivos profissionais |  | Viver aqui permanentemente |
|  | Trabalhar |  | Estudar |  | Busca de asilo |
|  | Outros – por favor, indique: |       |
| Quantos meses passou FORA do Reino Unido nos últimos 12 meses? |
|  | Nenhum |  | Até 3 meses |  | 3-6 meses |  | Mais de 6 meses |
| Indique a razão para qualquer ausência do Reino Unido nos últimos 12 meses (assinale todos os que se apliquem) |
|  | Vivo noutro país |  | Férias/visitar amigos |  | Trabalhar |
|  | Viajo frequentemente (motivos profissionais/segunda residência no estrangeiro) |  | Estudar |
|  | Outros – por favor, indique: |       |
| 4. TODOS: DADOS DO MÉDICO DE FAMÍLIA *– Se já dispõe de um Médico de Família no Reino Unido* |
| Nome do Médico de Família/consultório: |       | Morada do consultório do Médico de Família: |
| Telefone do Médico de Família: |       |       |
| Número do Sistema Nacional de Saúde: |       |

|  |
| --- |
| 5. DADOS DO SEGURO DE SAÚDE OU DE VIAGEM *– Se o Reino Unido não for o seu local de residência permanente* |
| Tem seguro? | SIM: |  | NÃO |  | Nome e morada da seguradora: |
| Número de cliente: |       |       |
| Número de telefone da seguradora: |       |

|  |
| --- |
| 6. DADOS DO CARTÂO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA (CESD) *– Se viver noutro país do EEE* |
| Tem um CESD que não seja do Reino Unido? | SIM: |  | NÃO: |  | Se sim, introduza abaixo os dados do seu CESD: |
| *Se estiver de visita de outro país do EEE e não tiver um cartão CESD válido, poderá ser-lhe facturado o custo de qualquer tratamento recebido fora do Serviço de Urgências. Ser-lhe-ão aplicados custos se for admitido num hospital ou se precisar de recorrer a quaisquer outros serviços como doente externo.* | 3 |       |
| 4 |       |
| 5 |       | 6 |       |
| 7 |       |
| 8 |       | 9 |       |

|  |
| --- |
| 7. DADOS DO ALUNO *– – Se tiver vindo para o Reino Unido para estudar* |
| Nome da faculdade/universidade: |       | Telefone: |       |
| Datas dos cursos  | De: | D | D | M | M | A | A | Para: | D | D | M | M | A | A | Número de horas/semana: |       |

|  |
| --- |
| Se tiver preenchido este formulário no Serviço de Urgências, entregue-o a um funcionário antes de sair.Se for admitido no hospital ou remetido para outro tratamento fora do Serviço de Urgências, poderão ser-lhe facturados os custos. Espere ser entrevistado por um elemento da nossa Equipa do Departamento de Visitantes Estrangeiros. |