

Plano de Saúde Clássico

Requerimento para atribuição de Estatuto de Grande Doente

Identificação do beneficiário a quem se destina o pedido de estatuto de Grande Doente:

Beneficiário(a) nº _____ / _____

Nome _____

Atualização de contactos do beneficiário titular (ou do responsável pela inscrição):

Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____

À Direção Clínica do MEO Cuidados de Saúde,

Solicito avaliação da documentação que junto envio para efeitos do estatuto de Grande Doente, conforme definido no ANEXO I do regulamento do Plano de Saúde Clássico da MEO, S.A..

Mais declaro que dou o meu consentimento para o tratamento de dados pessoais para os efeitos indicados no presente requerimento.

_____/_____/_____
(Data)_____
(Assinatura do requerente)**Anexar:**

Documentação clínica atualizada que comprove as patologias a avaliar pela Direção Clínica do MEO Cuidados de Saúde (relatório médico, atestado de incapacidade multiuso...)