

Nr. inregistrare fisa , registru consultatii sau F.O. .... din data de .....

**ADEVERINTA**  
**Pentru femeile însărcinate sau lauze**

Nume si prenume pacienta : .....

CNP : ..... Asigurat : DA / NU

Diagnostic de sarcina : .....

Data luarii in evidenta : ..... Data probabila a nasterii : .....

Data nasterii copilului ( pentru categoria lauză): .....

Numele si prenumele **medicului de familie** care **are in evidenta gravida** : .....

Cod parafa ..... Numar contract cu CAS Constanta : .....

Stampila Furnizorului

Parafa medicului

Semnatura medicului

**\*Declaratia pe proprie raspundere a gravidei/ lehuzei :**

Subsemnata .....

Cu domiciliul : .....

Act de identitate seria ..... nr. .... **Declar pe propria raspundere cunoscand prevederile legale privind falsul in declaratii ,**

- ca nu realizez venituri din munca, pensie sau din alte resurse;**
- ca nu realizez venituri lunare sub salariul de baza minim brut pe tara;**

Semnatura pacientei :

.....

**Nota : \*Declaratia pe proprie raspundere a gravidei este necesara numai in cazul stabilirii categoriei de asigurat GRAVIDA/LAUZA**

**Pentru gravida asigurata se bifeaza Asigurat DA fara a se complete declaratia pe propria raspundere. In SIUI persoana va primi STARE GRAVIDA /LAUZA**

**Nota : Toate campurile sunt obligatorii**

Adeverinta este valabila , dupa caz : 3 luni de la data luarii in evidenta / 30 zile dupa data probabila a nasterii sau 30 zile dupa data nasterii copilului.