



Formulário Terapias Alternativas

PREENCHER PELOS SSCML	
Recebido por:	<input type="text"/>
N.º Utente:	<input type="text"/>
Data:	<input type="text"/>
Reg.:	<input type="text"/>
Ass.:	<input type="text"/>
Entreeue via:	CTT <input type="checkbox"/>
Presencial	<input type="checkbox"/>
e-mail	<input type="checkbox"/>
SDE	<input type="checkbox"/>

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração dos
Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa

Nome Completo _____,
Associado/Utilizador, com o n.º _____, vem requerer a concessão de **Comparticipação para**

relativa a despesa do PRÓPRIO/FAMILIAR INSCRITO, juntando documento(s) justificativo(s), no total de _____ €.

_____ Lisboa, _____ de _____ 20 _____

(Assinatura ou a rogo por não saber escrever)

DIREITO À INFORMAÇÃO

Os Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa (SSCML) são a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais fornecidos, aquando do preenchimento do Formulário Terapias Alternativas.

Os dados recolhidos destinam-se à única e exclusiva finalidade de Gestão de Participações e Subsídios.

Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, oposição, limitação e apagamento através de pedido escrito para o correio electrónico: dpo@sscml.pt.

Os seus dados serão apenas conservados pelo período necessário à prossecução das finalidades da recolha e do seu tratamento posterior.

Os SSCML adotam todas as medidas de segurança física e lógica adequadas à proteção dos dados que nos disponibiliza.

De acordo com o exposto, declaro que estou informado(a) quanto ao tratamento dos dados pessoais constantes do presente formulário.

_____ Lisboa, _____ de _____ 20 _____

(Assinatura ou a rogo por não saber escrever)

COMPARTICIPAÇÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS

Os SSCML, cientes da importância entre a Medicina Convencional e as Terapias Complementares para a promoção de bem-estar e saúde dos seus Associados e Utilizadores estabeleceram Protocolos com técnicos de reconhecida qualidade, no âmbito das Terapias Alternativas.

Assim, e sendo a Acupunctura uma das disciplinas mais importantes da Medicina Chinesa, foi assinado um Protocolo com as Clínicas Dr. Pedro Choy.* e também com o Dr. Hélio Pereira (Homeopatia)

O apoio consiste na atribuição de uma comparticipação anual em regime livre de 50% contra entrega de recibos até 300,00€ de despesa, sendo o limite máximo de 150,00€ nas consultas de Acupunctura, efetuadas no consultório da entidade acima identificada. No caso dos produtos prescritos, o valor da comparticipação é também de 50%, contra entrega de recibos até 200,00€, sendo que o limite máximo de comparticipação é de 100,00€ mediante a apresentação da respetiva prescrição e recibos.

(* Este protocolo não contempla as consultas realizadas com o Dr. Pedro Choy

QUEM PODE REQUERER?

Podem requerer este apoio nos SSCML, na Av. Afonso Costa, 41 – Lisboa, os Associados/Utilizadores inscrito(s) nos SSCML, desde que se verifiquem as condições gerais e especiais de atribuição, acima mencionadas.

O QUE É PRECISO PARA REQUERER/ONDE PODE REQUERER

O requerimento é efetuado através do presente Formulário, devendo ser preenchido, assinado e acompanhado dos documentos justificativos das despesa originais. Se o documento comprovativo (recibo ou fatura/recibo) não for emitido por um programa de faturação certificado, deverá ser entregue devidamente assinado e carimbado.

Todos os recibos deverão vir acompanhados da respetiva prescrição médica

PRAZO DE ENTREGA

A entrega do primeiro documento justificativo da despesa (recibo original) deverá ser devidamente anexado ao requerimento, não podendo ter data anterior à do mês da entrega do referido requerimento (sob pena de recusa).

Os SSCML fixaram o prazo de 3 meses (90 dias) para o(s) recibos (a contar a partir da data de emissão) a entregar subsequentemente ao pedido inicial, e deverão estar devidamente identificados no verso com o nome e número do Associado ou Utilizador.

Ao atingir o limite da comparticipação atribuída anualmente, os SSCML enviarão um ofício ao associado a informar da situação.

A PREENCHER PELO SERVIÇOS INFORMAÇÃO						
Valid. direito:						
Conferido por: _____, ____/____/____						
Discriminação	Despesa	Tabela	%	Subsídio	Observações	
Data ____/____/____					O(a) func.	
Sommas						
PARECER				DESPACHO		
_____ , ____/____/____				____/____/____		

SSCML-AS-Mod. 02