



Formulário de Cancelamento de Inscrição

A 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"/>		
Entreque via:	CTT <input type="checkbox"/>	FAX <input type="checkbox"/>	
Presencial <input type="checkbox"/>	e-mail <input type="checkbox"/>	SDE <input type="checkbox"/>	

(assinale com x a opção pretendida)

Aos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa

Nome: _____

Utente:

Solicita o cancelamento da inscrição do:

- Titular
- Cônjuge
- Descendente
- Ascendente

(O cancelamento do Titular é automaticamente aplicado aos seus dependentes inscritos)

Motivo do cancelamento:

Lisboa, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura do Titular)

Para sua informação, e caso pretenda mais tarde retomar à sua qualidade de Utente dos SSCML, terá que ter em atenção algumas condições impostas por deliberação do Conselho de Administração dos SSCML de 29/08/2013 "ficam sujeitos a um Período de Carência (PCr) de 3 meses, durante o qual só têm acesso aos serviços médicos prestados na sede dos SSCML (excepto Unidade de Cirurgia Ambulatória) e à comparticipação adicional em medicamentos"