



## Formulário Fundo Especial Cuidados de Saúde

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"/>
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: \_\_\_\_\_

Utente n.º:   , na situação de APOSENTADO  / ATIVO

requer o acesso ao Fundo Especial de Cuidados de Saúde para as despesas resultantes de:

EQUIPA MÉDICA  \_\_\_\_\_

INTERNAMENTO  \_\_\_\_\_

Relativa ao PRÓPRIO  / FAMILIAR INSCRITO  (nome) \_\_\_\_\_ ,

comprometendo-se a amortizar – aos SSCML – em prestações mensais a definir.

a quantia que, nos termos regulamentares, lhe competir suportar:

Autorizando, desde já, que lhe sejam efectuados os correspondentes descontos no vencimento mensal.

Autorizando, desde já, que lhe sejam efectuados os correspondentes descontos por meio de débito directo.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

Os Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa (SSCML) são a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais que efetua, aquando do preenchimento do Formulário Fundo Especial Cuidados de Saúde. Os dados recolhidos destinam-se à única e exclusiva finalidade de Gestão de Comparticipações e Subsídios. A recolha e tratamento dos dados pessoais efetuados pelos SSCML no âmbito do Formulário Fundo Especial Cuidados de Saúde depende do seu consentimento explícito, o qual é solicitado neste documento.

Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, oposição, limitação e apagamento através de pedido escrito para o correio electrónico [dpo@sscml.pt](mailto: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 adoptam todas as medidas de segurança física e lógica adequadas à proteção dos dados que nos disponibiliza.

Declaro que tomei conhecimento da informação que agora me é prestada e:

Consinto no tratamento destes dados

Não consinto no tratamento destes dados

(Caso não consinta no tratamento destes dados entre em contacto com os SSCML: [dpo@sscml.pt](mailto:dpo@sscml.pt) | 21 844 77 00)

\_\_\_\_\_  
Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

(Assinatura)

A PREENCHER PELOS SSCML	
Parecer Área Clínica	Parecer Área Social

Devem ser apresentados os seguintes documentos no momento da apresentação do pedido:

- |  |  |
|--|--|
|  | Requerimento “Fundo Especial de Cuidados de Saúde”;  |
|  | Prescrição médica com indicação de cirurgia e equipa cirúrgica ;                                       |
|  | Declaração de IRS (última entregue);   |
|  | Recibo de vencimento (Ativos) ou Declaração com o valor mensal da pensão de aposentação (Aposentados); |

**Observações:**

---



---



---



---



---



---