

PREENCHER PELOS SSCML		
Recebido por:		
N.º Utente:		
Data:	Reg.:	
Ass.:		
Entregue via:	CTT	
Presencial	e-mail	SDE

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração dos SSCML,

Nome Completo \_\_\_\_\_,

Associado/ Utilizador nº. \_\_\_\_\_ requer a concessão<sup>1</sup> de **Comparticipação**  
**para** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

relativa a despesa do PRÓPRIO/FAMILIAR inscrito, juntando documento(s) justificativo(s), no total  
de \_\_\_\_\_ €.

#### 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 Participação de 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 eletrónico: 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, ao assinar este Formulário, declaro que estou informado(a) quanto ao tratamento dos dados pessoais constantes do presente formulário.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Observações:** A atribuição da participação de Terapias Alternativas só é válida mediante o preenchimento integral do presente Formulário e quando acompanhado dos documentos necessários (descritos no verso) para a atribuição da mesma.

## 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\*. 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 inscritos 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 sempre efetuado através do presente Formulário, devendo ser preenchido, assinado e acompanhado dos documentos justificativos das despesas 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 do mês e ano 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 PELOS SSCML INFORMAÇÕES

Valid. Direito:

Conferido por: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Discriminação	Despesa	Tabela	%	Subsídio	Observações
Data ____/____/____ Somos ____					O(a) funcionário(a)
PARECER				DESPACHO	
____; ____/____/____				____/____/____	