



Formulário de Cancelamento de Inscrição

A PREENCHER PELOS SSCML	
Recebido por:	
N.º Utente:	
Data:	Reg.:
Ass.:	
Entregue 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 Completo _____

Utente

Solicito o cancelamento da inscrição do:

- Titular
- Cônjuge
- Descendente
- Ascendente
- Irmão

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

Motivo do cancelamento:

Lisboa, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular)

Para sua informação, e caso pretenda mais tarde retomar à sua qualidade de Utente dos SSCML, terá de 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 (exceto Unidade de Cirurgia Ambulatória) e à comparticipação adicional em medicamentos"