

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 n.º _____, na situação de APOSENTADO / ATIVO (riscar o que não interessa) requer o acesso ao Fundo Especial de Cuidados de Saúde para as despesas resultantes de:

☐ **Equipa Médica** _____

☐ **Internamento** _____

☐ **Relativa ao Próprio** _____

☐ **Relativa a 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 efetuados os correspondentes descontos no vencimento mensal.

☐ Através de Transferência Bancária ou pagamento numerário (piso 0 dos SSCML), de acordo com o plano de pagamentos.

PARECER CLÍNICO:	
OBSERVAÇÕES:	
PARECER / OBSERVAÇÕES ÁREA SOCIAL:	DESPACHO

	Data: ____/____/____
	Assinatura: _____

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 Fundo Especial de Cuidados de Saúde. Os dados recolhidos destinam-se à única e exclusiva finalidade de Gestão de Comparticipações 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: _____

Fundo Especial de Cuidados de Saúde

Fundo atribuído a Associados e/ou Utilizadores inscrito(s) nos SSCML, desde que se verifiquem as condições gerais e especiais de atribuição:

- a) Tenham mais de um ano de inscrição;
- b) Tenham as contribuições regularizadas;
- c) Não tenham qualquer tipo de dívidas resultantes de serviços prestados pelos SSCML.

As comparticipações FECS têm os seguintes limites:

- a) Limite da diária de acordo com a “Tabela de Taxas e Comparticipações” dos SSCML em vigor à data;
- b) Não são comparticipadas despesas de carácter extraordinário nem acompanhantes (exceto de crianças até aos dezasseis anos), sendo o valor excedente pago pelo Associado.
- c) Só é emitido Termo de Responsabilidade para Cirurgia de valor superior a 99 K de acordo com a “Tabela de Atos Médicos e Cirúrgicos”, ou para internamento não cirúrgico superior a 3 dias desde que a capitação média mensal do agregado familiar seja inferior a 1.500 euros;
- d) O pedido de um segundo Termo de Responsabilidade fica sujeito a avaliação do Conselho de Administração.

O requerimento das prestações é efetuado em impresso de modelo próprio, disponibilizado na sede dos SSCML (também disponível na área dos Formulários do site dos SSCML), devendo ser preenchido e acompanhado dos seguintes documentos:

- ☐ 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).