

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

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”