

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
Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa,

(Nome Completo) _____

Associado / Utilizador n.º _____ dos SSCML, requer a concessão¹ de participação para:

_____, despesa relativa a

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 que efetua, aquando do preenchimento do Formulário de Terapias Alternativas. Os dados recolhidos destinam-se à única e exclusiva finalidade de Gestão de Participações e Subsídios. A recolha e tratamento dos dados pessoais efetuados pelos SSCML no âmbito do Formulário de Terapias Alternativas 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 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 documento, declaro que estou informado(a) quanto ao tratamento dos dados pessoais constantes no presente formulário.

Lisboa, ____ de ____ de _____

Assinatura: _____

¹ **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 Acupuntura 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 participação 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 Acupuntura, efetuadas no consultório da entidade acima identificada. No caso dos produtos prescritos, o valor da participação é também de 50%, contra entrega de recibos até 200,00€, sendo que o limite máximo de participação é de 100,00€ mediante a apresentação da respetiva prescrição e recibos.

(*) Este protocolo não contempla as consultas realizadas com o Dr. Pedro Choy.

Onde e quem pode requerer?

Podem requerer este apoio nos SSCML, na Av. Afonso Costa, 41 – Lisboa, os Associados/Utilizadores inscrito(s) nos SSCML, desde que se verifiquem as condições gerais e especiais de atribuição, acima mencionadas.

O que é preciso para requerer?

O requerimento é efetuado em Formulário abaixo disponibilizado devendo ser preenchido, assinado e acompanhado dos documentos justificativos das despesas originais.

Todos os recibos deverão vir acompanhados da respetiva prescrição médica.

Prazo de Entrega

A entrega do primeiro documento justificativo da despesa (recibo original) devidamente anexado ao requerimento, não pode 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 da data 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 participação atribuída anualmente, os SSCML enviarão um ofício ao associado a informar da situação.

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS						
			INFORMAÇÃO			
Valid. direito:						
Conferido por: _____					Data	
____/____/____						
Discriminação	Despesa	Tabela	%	Subsídio	Observações	
Data ____/____/____					O(a) func.	
Somas						
PARECER				DESPACHO		
____/____/____				____/____/____		