

# MUNICÍPIO DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO

CÂMARA MUNICIPAL

SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL



## REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO EM MEDICAMENTOS

REGISTO DE ENTRADA	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
Nº _____ / _____ Pº Nº _____ / _____ / _____ / _____ Em _____ / _____ / _____  O Funcionário,  _____		

Exmo. Senhor:

Presidente da Câmara Municipal de Santa Marta de Penaguião

IDENTIFICAÇÃO
Nome _____
Número de Contribuinte _____ Número de Elementos Agregado Familiar _____
Morada _____ Código Postal _____ - _____
Freguesia de _____ Telefone/Telemóvel _____

Vem requerer a V. Ex<sup>a</sup> a comparticipação na aquisição de medicamentos:

DOCUMENTOS APRESENTADOS
<input type="checkbox"/> Fotocópia da declaração do IRS / Histórico de rendimentos da Segurança Social de todos os elementos do agregado familiar
<input type="checkbox"/> Atestado de doença crónica, emitido pelo SNS, de todos os elementos do agregado familiar (caso se aplique)
<input type="checkbox"/> Atestado de residência com a indicação do agregado familiar
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos recibos de pensões/prestações sociais, do ano em que se candidata, de todos os elementos do agregado familiar

Santa Marta de Penaguião, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O Requerente,

\_\_\_\_\_

Autorizo o Município de Santa Marta de Penaguião a proceder ao tratamento dos meus dados pessoais e a partilha-los com a Dignidade e a rede de farmácias portuguesas, na medida do estritamente necessário.<sup>1</sup>

Página 1 de 1

EMPRESA CERTIFICADA



<sup>1</sup> Os dados recolhidos neste pedido, relativamente à proteção de dados pessoais, são única e exclusivamente para dar cumprimento ao disposto no artigo 102º do Código do procedimento Administrativo (CPA) e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao caso em questão, sendo que o tratamento dos referidos dados por parte do Município de Santa Marta de Penaguião respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais.

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

### 1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) \_\_\_\_\_,

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

Freguesia de \_\_\_\_\_, Concelho de \_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

N.º Beneficiário *abem*: \_\_\_\_\_

### 2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(nome Beneficiário [3]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(nome Beneficiário [4]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(\* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

### 3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignidade e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Autorizo o tratamento pela Associação Dignidade dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- c) A qualquer momento poderei ter acesso aos meus dados pessoais, assim como opor-me ao seu tratamento ou solicitar a retificação, supressão ou bloqueio dos mesmos, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignidade (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra).
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignidade e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignidade.
- f) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignidade facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignidade.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [2]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [3]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [4]) \_\_\_\_\_