

REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE ACÇÃO MÉDICA E MEDICAMENTOSA

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)				
Número de Beneficiário				
Nome Completo				
Telefone				
E-Mail				
Número de Identificação Fiscal				
Morada				
Código Postal Localidade				
2 DESPESAS				
Consultas Médicas Medicamentos				
Análises Clínicas				
Outros meios auxiliares de diagnóstico				
3 IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA				
Banco [
IBAN				
SWIFT BIC:				
Declaro que a conta indicada no documento em anexo é (assinale com x a opção correcta):				
O do próprio O de terceiro (1)				
(1)(Assinatura(s) do(s) Titular(es) da conta conforme documento de identificação válido)				
4 CERTIFICAÇÃO				
Declaro, sob compromisso de honra, que não estou abrangido(a) por qualquer sistema ou subsistema de saúde nem por qualquer seguro de saúde incluindo o seguro de protecção de rendimentos por acidente ou doença.				
Tenho conhecimento de que deverei proceder a eventuais actualizações dos dados pessoais ora fornecidos através da área reservada do Portal do Beneficiário em www.cpas.org.pt ou através do e-mail cpas@cpas.org.pt. As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.				
O Cartão de Cidadão O Bilhete de Identidade O Passaporte O Outro				
Número				
Ano Mác Dia (Assignatura de Pequenante qui de seu Penresentante Logal conforme decumente de identificação válido)				

INFORMAÇÕES/DOCUMENTOS A ANEXAR

Prazo

√ 4 meses a contar da data da realização da despesa, sob pena de caducidade

Documentos a apresentar

- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da CPAS.
- ✓ Fotocópia do Cartão de Contribuinte (excepto no caso de cartão de cidadão)
- ✓ Originais dos comprovativos de pagamento relativos às despesas suportadas
- ✓ Comprovativo do IBAN e código BIC SWIFT, com identificação do(s) titular(es) da conta
- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da CPAS do(s) titular(es) da conta (quando não seja o requerente)

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A CPAS - CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES, na qualidade de responsável pelo tratamento de dados pessoais, declara para os devidos efeitos legais e nos termos do Regulamento Geral sobre a Protecção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento e do Conselho, de 27 de Abril de 2016) e da Lei de Execução Nacional, Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto, que os dados pessoais recolhidos no presente documento serão tratados com absoluta confidencialidade e em exclusivo para a finalidade que motivou a sua recolha ou tratamento.

O acesso aos dados pessoais encontra-se estritamente limitado às pessoas autorizadas pela CPAS, sujeitas a obrigação de confidencialidade, podendo os mesmos ser partilhados com subcontratantes ou terceiros, no âmbito e para efeito da finalidade para a qual foram recolhidos.

Os dados pessoais serão conservados de acordo com a legislação aplicável ao tratamento de dados pessoais e uma vez finda a relação com a CPAS, os dados fornecidos serão eliminados de acordo com os prazos legais definidos para o efeito.

O Titular dos Dados tem direito a solicitar informação sobre os dados conservados relativos à sua pessoa e, de acordo com a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais, receber uma cópia dos seus dados pessoais ("portabilidade de dados"), o direito de ter os seus dados pessoais rectificados ou apagados, ou o respectivo tratamento restringido. Além disso, tem o direito de apresentar queixa junto da autoridade de controlo competente se considerar que o tratamento dos seus dados pessoais viola a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais.

Para quaisquer questões relativas à protecção de dados pessoais ou para o exercício dos direitos atrás mencionados, deverá ser contactada a CPAS através do e-mail cpas@cpas.org.pt.

Ano	- L Dia	(Assinatura do Requerente ou de seu Representante Legal conforme documento de identificação válido)	
Ano		(Assinatura(s) do(s) Titular(es) da conta bancária conforme documento de identificação válido)	