

Declaração sobre a situação de incorrer em despesas elevadas para diagnóstico e tratamento médico (a preencher pelo paciente)

C/11

← Por favor, ter atenção

Para o Fundo de Segurança Social:

Para efeitos da alínea 1) do n.º 2 e da alínea 1) do n.º 3 do artigo 19.º da Lei n.º 7/2017 (Regime de previdência central não obrigatório), declaro que estou a sofrer lesões corporais graves ou doença grave, portanto eu incorri / o meu parente abaixo indicado incorreu em despesas elevadas para diagnóstico e tratamento médico, e declaro os seguintes esclarecidos relativos ao montante de despesas os seguintes:

Se o próprio paciente e os seus parentes pedirem o levantamento de verbas simultaneamente, podem assinalar duas opções com "✓".

Exemplar

I Dados do requerente

- Eu próprio CHAN TAI MAN (nome do paciente), BIR n.º: 1234567(8)
- Parente: _____ (nome do requerente), BIR n.º _____, é o meu _____, (como por exemplo: cônjuge, filho/filha, neto/neta, avó/avô, sogro/sogra, genro/nora etc.)

II Montante de despesas médicas (Pode assinalar mais de uma opção com "✓")

- Despesas pagas:** A totalidade de despesas para diagnóstico e tratamento médico a data do requerimento de levantamento de verba é de _____ documento(s) comprovativo(s) de despesas para diagnóstico e tratamento médico.
- Despesas previstas:** O montante mensal em média de despesas para diagnóstico e tratamento médico nos próximos 12 meses a partir da data do requerimento de levantamento de verbas é de _____ patacas para as seguintes despesas (pode assinalar mais de uma opção):

Deve preencher o montante **mensal em média** de despesas para diagnóstico e tratamento médico previsto para os próximos 12 meses e assinalar a opção de modalidades em causa "✓", fornecendo a respectiva cotação ou recibo para efeitos de comprovação. (não incluir as despesas em subsistência, trânsito, lares ou enfermagem particular.)

- Taxas de cirurgia / de tratamento anticâncer / de hospitalização (deve fornecer uma cotação emitida pelo hospital)
- Equipamento auxiliar médico, incluindo: _____ (deve fornecer a respectiva cotação)
- Despesas médicas, como acupuntura / medicina chinesa / fisioterapia / fisioterapia (deve fornecer a cotação ou recibo emitido pela instituição médica)
 - Nome da instituição médica: _____
 - O valor de cada tratamento é de _____ patacas, o número de tratamentos continuamente necessários: _____ vezes por mês.
- Suprimentos / suplementos medicinais, incluindo: _____ (deve fornecer a respectiva cotação ou recibo)
O valor de cada porção é de _____ patacas. A quantidade a ser tomada continuamente: _____ porções por mês

Vai ser considerado qualquer documento que mostre o preço dos suprimentos.

O próprio paciente

Tomei conhecimento que as falsas declarações são susceptíveis de procedimento criminal.

CHAN TAI MAN

Assinatura (conforme o BIRM)

(Caso não saiba/possa assinar, coloque a impressão digital do polegar direito)

- O próprio paciente deve assinar aqui**, excepto:
 - quando o paciente for menor, o próprio paciente não precisa de assinar.
 - quando o paciente for uma pessoa incapaz, o seu representante deve assinar aqui.

O parente do paciente

Tomei conhecimento que as falsas declarações são susceptíveis de procedimento criminal.

Assinatura (conforme o BIRM)

(Caso não saiba/possa assinar, coloque a impressão digital do polegar direito)

Se o requerente for o parente do paciente, ele deve assinar aqui.

Notas importantes

1. Documento comprovativo de doença relativo ao requerente e do paciente, documento comprovativo de doença e documento comprovativo de despesas para diagnóstico e tratamento médico.
2. Se o requerente for cônjuge ou parente do paciente, deve ser entregue o documento comprovativo de relação de parentesco, como por exemplo, se o requerente for genro do paciente, é necessário entregar a certidão de casamento entre o requerente e a filha do paciente bem como a certidão de nascimento da filha do paciente.
3. Documento comprovativo de doença relativo ao paciente e emitido por unidade médica reconhecida por autoridade do local nos 12 meses anteriores à data de requerimento (devem constar o nome da doença, o nível de gravidade, o período de tratamento e as circunstâncias.)