

Apoio à Realização de Pequenas Cirurgias

1. Identificação do/a requerente

Nome:* _____

N.I.F./N.I.P.C.:* _____ Cartão de Cidadão/Passaporte:* _____ Validade:* _____

Morada:* _____

Código-postal:* _____ Freguesia:* _____ Concelho:* _____

Telefone:* _____ Telemóvel:* _____ E-mail: _____

Representado por: _____

Na qualidade de:* ⁽¹⁾ _____ Cartão de Cidadão/Passaporte:* _____ Validade:* _____

Notas:

* Campos de preenchimento obrigatório.

⁽¹⁾ Indicar a titularidade do direito que lhe confere legitimidade para iniciar o procedimento administrativo ou intervir nele. Declaro conhecer e comprometer-me a cumprir o Regulamento de Apoio à Realização de Pequenas Cirurgias. Aceito expressamente que os meus dados sejam utilizados pelo Município de Santa Cruz, para a gestão do processo. Autorizo ser notificado/a através do e-mail e/ou contactado/a através do(s) número(s) telefónico(s) indicado(s).

2. Informações clínicas

Especialidade médica

 Ginecologia Oftalmologia Ortopedia Otorrinolaringologista Urologia Outras: _____

Especificação da intervenção cirúrgica: _____

Tipologia

 Pequena cirurgia Cirurgia de ambulatório

Por referência médica, necessita:

 Consultas prévias Exames Consultas de acompanhamento

Orçamento previsto para o procedimento: _____ €

Entidade emissora do orçamento cirúrgico: _____

Fundamentação do pedido: _____



3. Documentos a anexar

- Cópia do Cartão de Cidadão, de todos os elementos do agregado familiar;
- Cópia do Cartão de Identificação Fiscal (N.I.F.), de todos os elementos do agregado familiar;
- Últimos três recibos de vencimento, de todos os elementos do agregado familiar, que possuam emprego ou que trabalhem por conta própria;
- Declaração emitida pela Segurança Social/Caixa Geral de Aposentações ou outra entidade no caso de pensionistas;
- Declaração do Rendimento Social de Inserção (R.S.I.), emitido pelo Instituto de Segurança Social da Madeira (se aplicável);
- Certificado da situação de desemprego e de inscrição, atualizado no Instituto de Emprego da Madeira (I.E.M., I.P.-R.A.M.) (se aplicável);
- Comprovativo do valor da prestação de desemprego e a sua duração, emitido pelo Instituto de Emprego da Madeira (I.E.M., I.P.-R.A.M.) (se aplicável);
- Extrato de remunerações da Segurança Social;
- Última declaração de I.R.S., dos elementos do agregado familiar, maiores de idade;
- Última declaração de I.R.C., de rendimentos empresariais (se aplicável);
- Documento comprovativo do pagamento de empréstimo bancário, para a aquisição da habitação do agregado familiar, com indicação da prestação mensal e do prazo de pagamento;
- Atestado da Junta de Freguesia do local de residência, a comprovar a composição do agregado familiar, com indicação do tempo de residência no concelho;
- Documentos referentes às despesas fixas do agregado familiar: habitação, água, eletricidade, gás, medicação contínua imprescindível, artigos de puericultura, educação e saúde, referentes aos últimos três meses;
- Relatório médico, comprovativo da situação de doença e da respetiva necessidade de intervenção cirúrgica;
- Documento comprovativo do seu enquadramento em lista de espera no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira;
- Documento com a simulação do orçamento financeiro para determinada intervenção cirúrgica, elaborado por um médico especialista ou estabelecimento de saúde;
- Outros documentos:

Requerente

Pede deferimento,

O/A requerente/representante: _____



www.cm-santacruz.pt

geral@cm-santacruz.pt
tlf. 291 520 100

Praça Dr. João Abel de Freitas
9100-157 Santa Cruz
Ilha da Madeira