CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

FICHA DE MEMBRO BENEFICIÁRIO CVP / MÉDICO AO DOMICÍLIO

Processo nº_____ **Origem:**_____

(a preencher pelos Serviços Centrais)

1. Identificação do Membro Beneficiário CVP

NOME COMPLETO:_____

MORADA: _____

LOCALIDADE:_____ **C. POSTAL:** ____-___ _____

DATA NASCIMENTO: __-__-____ **BI/CC:** _____ **Nº CONTRIBUINTE:** _____

SEXO: F ☐ **M** ☐ **TELEFONES:** _____ _____

EMAIL: _____

2. Informações Adicionais

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO MEMBRO BENEFICIÁRIO CVP:

NOME:	**PARENTESCO:**	**B.I./C.C.**
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	
	_____	

3. Vantagens **(extensíveis ao agregado familiar, até 5 elementos, desde que residentes na morada do Titular)**

- Serviço *Médico em Casa* (disponível em território continental e nas Ilhas da Madeira, Faial, Santa Maria, São Miguel, Terceira e Horta):

- Aconselhamento médico telefónico e assistência médica de urgência ao domicílio, disponível 24h/365 dias, que inclui uma chamada de "conforto" após consulta para acompanhamento do utente.
- Transporte de doentes em situações de emergência e/ou após alta hospitalar (comprovada por documento do Hospital), desde que por indicação do médico que vai ao domicílio.
- Enfermagem ao domicílio: o pagamento deverá ser feito no domicílio, conforme acto em causa, e de acordo com tabela de preços com desconto. Funciona por marcação telefónica.
- Entrega de medicamentos em casa, na sequência de uma prescrição realizada numa consulta médica domiciliária e mediante pagamento de 5€ adicionais ao custo dos medicamentos (pagos no acto).

Nota 1: A adesão ao Serviço de Médico em Casa obriga à adesão prévia a Membro Beneficiário CVP ou Serviço de Teleassistência da CVP.
Nota 2: A assistência em casa poderá ser prestada em morada diferente do domicílio do Titular, a pedido deste, mediante pagamento imediato de 50€.

4. Pagamento

Mensalidade: 5 euros/mês Semestral: 30€ ☐ Anual: 60€ ☐

5. Autorização de Débito DIRECTO (ADD)

ADD: _____

(Referencia da Autorização (ADD) - a completar pelo CREDOR)

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta.

Tomei conhecimento que a 1ª quota do serviço será cobrada entre os dias 20 e 30 do mês seguinte ao da subscrição e as seguintes de acordo com a periodicidade de pagamento escolhida.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____ **C. POSTAL** _____ _____ _____

IBAN – _____ **PAGAMENTO: RECORRENTE:** [X] **PONTUAL:** ☐

Local e Data:_____ ____/____/_____ Ass. Titular da Conta:_____

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: NOME: CRUZ VERMELHA PORTUGUESA / MORADA: JARDIM 9 DE ABRIL 1-5, 1249-083 LISBOA / Nº IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: PT 57 ZZZ 101143

6. Assinaturas

O Membro Beneficiário CVP autoriza expressamente a CVP, ou entidade delegada, a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e à respectiva utilização no âmbito da prestação dos serviços, bem como ao seu cruzamento para fins estatísticos. O Membro Beneficiário tem direito a aceder aos seus elementos constantes na Base de Dados da CVP e a exigir a sua actualização ou rectificação.

Assinatura do Membro Beneficiário CVP_____ Data __-__-____