

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identificação CC/BI n.º \_\_\_\_\_, com data de validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento e consinto que a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), trate as informações e os dados pessoais por mim fornecidos, em ficheiros de dados pessoais, informatizados ou manuais, em vigor na SCML, com a finalidade de definição da intervenção/apoio social ajustado à situação, com garantias de privacidade e não discriminação, nomeadamente, se aplicável, no âmbito do atendimento social, dos estabelecimentos sociais, da georreferenciação e da atribuição do cartão de saúde da SCML, e que os possa comunicar a outras entidades, nomeadamente as que dispõem de responsabilidade no âmbito da aplicação do plano de intervenção definido ou em matéria de segurança social, proteção civil e juntas de freguesia, para efeitos de prestação de auxílio em situações de catástrofe ou outras situações de emergência/risco.

No caso da atribuição do cartão de saúde, se este permitir o acesso a medicamentos comparticipados pela SCML, autorizo ainda a conseqüente comunicação à ANF - Associação Nacional de Farmácias e à AFP - Associação de Farmácias de Portugal, para efeitos de controlo de faturação dos medicamentos.

Para os referidos efeitos, autorizo, designadamente, a reprodução do meu documento de identificação, através de fotocópia ou por qualquer outro meio.

Tomo ainda conhecimento de que será assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais por mim fornecidos, podendo aceder e retificar os mesmos sempre que tal se justifique, nos termos da Lei em vigor.

Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme documento de identificação)

Nome do utente caso não seja o próprio a efetuar a declaração por incapacidade e/ou menoridade:

\_\_\_\_\_

Relação do declarante com o utente: \_\_\_\_\_

A preencher pelos Serviços da SCML (quando aplicável):

N.º Utente :

--	--	--	--	--	--