

Entidade Referenciadora:	Cód.:
N.º de Processo:	

### 1. Identificação Requerente/Beneficiário [1]

(nome completo) \_\_\_\_\_,

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

Freguesia de \_\_\_\_\_, Concelho de \_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

N.º Beneficiário *abem*: \_\_\_\_\_

### 2. Composição do Agregado Familiar

(nome Beneficiário [2]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(nome Beneficiário [3]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(nome Beneficiário [4]) \_\_\_\_\_,

Relação Familiar com o Requerente: \_\_\_\_\_ N.º *abem*: \_\_\_\_\_

Ano de Nascimento: \_\_\_\_\_ género: Feminino  Masculino

BI/CC n.º \_\_\_\_\_, \*NIF \_\_\_\_\_, \*NISS \_\_\_\_\_

(\* no caso de ausência do BI/CC, identificar NIF ou NISS)

### 3. Declarações, Data e Assinaturas

- a) Declaro ter sido informado(a) sobre a abrangência da Associação Dignitude e a metodologia e operacionalização do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- b) Autorizo o tratamento pela Associação Dignitude dos dados pessoais fornecidos, bem como informação recolhida junto de outras entidades, com vista à gestão da relação de beneficiário do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento.
- c) A qualquer momento poderei ter acesso aos meus dados pessoais, assim como opor-me ao seu tratamento ou solicitar a retificação, supressão ou bloqueio dos mesmos, mediante comunicação escrita dirigida à Associação Dignitude (Rua Venâncio Rodrigues, 12, 3000-409 Coimbra).
- d) Autorizo os prestadores de cuidados de saúde a que recorra no âmbito do Projeto *abem*: Rede Solidária do Medicamento, a fornecer aos serviços da Associação Dignitude e a deles receber quaisquer informações relacionadas com os serviços prestados e abrangidos pelo segredo profissional, bem como o seu tratamento.
- e) Autorizo ainda que a informação respeitante ao extrato de benefícios, contendo informação relativa ao prestador, data da prescrição e dispensa de medicamentos, bem como o valor das despesas realizadas, seja prestada à Associação Dignitude.
- f) Sem prejuízo dos deveres e limites previstos nas leis de proteção de dados e concorrência, pode a Associação Dignitude facultar o acesso ou transmitir tais informações ou dados a pessoas, singulares ou coletivas, de direito público ou privado, que subcontrate para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, de inquéritos de mercado (como por exemplo entidades que enquadrem ou realizem, licitamente, ações de cooperação, de compilação de dados, de prevenção e combate à fraude, ou estudos estatísticos ou técnico-atuariais).
- g) Compreendo que a minha participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, posso recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento posso recusar a minha participação no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento, sem que isso prejudique os serviços que recebo de qualquer entidade com relações à Associação Dignitude.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(assinatura do requerente/beneficiário [1]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [2]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [3]) \_\_\_\_\_

(assinatura do beneficiário [4]) \_\_\_\_\_