



FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA DA CVP

Processo nº. _____

Origem: _____

Novo Alteração Data início: _____

(a preencher pelos Serviços Centrais)

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: - _____BI/CC: N.º CONTRIBUINTE: D. NASC.: - - SEXO: F M TELEFONE: TELEMÓVEL:

EMAIL: _____

2. SERVIÇOS QUE PRETENDE (preços apresentados incluem IVA à taxa legal em vigor)

2.1. OPÇÃO DE ALUGUER DO EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- Teleassistência Fixa^①..... 21,00€
- Teleassistência Móvel..... 24,00€
- Telessegurança..... 17,00€

PACOTE TELEASSISTÊNCIA FIXA + TELEASSISTÊNCIA MÓVEL

- Teleassistência Fixa^① + Teleassistência Móvel..... 41,00€

PACOTE TELEASSISTÊNCIA FIXA + TELEASSISTÊNCIA MÓVEL

- Teleassistência Fixa^① + Teleurgência..... 24,00€

^① Este serviço tem um custo de instalação de 70,00€

2.2. OPÇÃO DE COMPRA DO EQUIPAMENTO

PREÇO DO EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- Teleassistência Fixa..... 240,00€..... 17,00€
- Teleassistência Móvel..... 250,00€..... 20,00€
- Telessegurança..... 250,00€..... 10,00€

2.3. OPÇÃO SEM EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- Teleurgência..... 5,00€

OPCIONAL "SERVIÇOS DE SAÚDE" (VÁLIDO PARA AS OPÇÕES DE ALUGUER E COMPRA DE EQUIPAMENTO)

MENSALIDADE

- Serviços de Saúde Opção 1 (sem co-pagamento das consultas domiciliárias)..... 5,00€
- Serviços de Saúde Opção 2 (com co-pagamento das consultas domiciliárias)..... 3,00€

Se escolher alguma destas opções preencha o Anexo "Informação Adicional - Opcional *Serviços de Saúde*"

Enviar esta Ficha de Adesão devidamente preenchida e assinada + cópias do BI/CC, IBAN (Número de Identificação Bancária) e Cartão de Contribuinte para a morada: Serviço de Teleassistência • Cruz Vermelha Portuguesa • Jardim 9 de Abril, 1 a 5 • 1249-083 Lisboa



INFORMAÇÃO ADICIONAL OPCIONAL SERVIÇOS DE SAÚDE – AGREGADO FAMILIAR

Processo nº _____

Origem: _____

(a preencher pelos Serviços Centrais)

1. IDENTIFICAÇÃO DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO:

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: - _____

DATA NASC: - - BI/CC: NªCONTRIBUINTE:

SEXO: F M TELEFONES:

EMAIL:

FAX:

PROFISSÃO: _____

2. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO:

NOME:	PARENTESCO:	B.I./C.C.
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3. VANTAGENS (extensíveis ao agregado familiar, até 5 elementos, desde que residentes na morada do titular)

- 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.
 - Opção 1: a consulta no domicílio não é paga
 - Opção 2: a consulta no domicílio é paga no acto (10€ por cada consulta)
- 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).

Notas: Serviços disponíveis em território continental e nas Ilhas da Madeira, Faial, Santa Maria, São Miguel, Terceira e Horta. A assistência médica em casa poderá ser prestada em morada diferente do domicílio do Titular, a pedido deste, mediante pagamento imediato de 50€.

4. ASSINATURAS

O Subscritor/Beneficiário 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 Subscritor/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 Subscritor/Beneficiário _____ Data - -