

# FICHA DE PROPOSTA

## DADOS DO PACIENTE

Nome \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento  -  -

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal  -  Localidade \_\_\_\_\_

Telefone  Telemóvel  E-mail \_\_\_\_\_

### PACIENTE

CC/BI nº

Contribuinte nº

Estado Civil  Solteiro  Casado  Divorciado  
 Viúvo  Separado  União Facto

Nº Dependentes

Situação Laboral  Efectivo  A Prazo  Conta Própria  
 Reformado  Desempregado

Vencimento Líquido Mensal  €

Outros Rendimentos  € Proveniência \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Telefone da Empresa

Actividade \_\_\_\_\_

Antiguidade na Empresa  Ano(s) Cargo \_\_\_\_\_

Habitação

Própria Com Hipoteca Valor da Mensalidade  €

Arrendada Valor da Renda  €

Própria Sem Encargos  Familiares  A Cargo da Empresa

IBAN

Possui ADSE?  Sim  Não

### CÔNJUGE / COMPANHEIRO(A)

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal  -

Localidade \_\_\_\_\_

Telefone

Telemóvel

E-mail \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento  /  /

CC/BI nº

Contribuinte nº

Nº Dependentes

Situação Laboral  Efectivo  A Prazo  Conta Própria  
 Reformado  Desempregado

Vencimento Líquido Mensal  €

Outros Rendimentos  € Proveniência \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Telefone da Empresa

Actividade \_\_\_\_\_

Antiguidade na Empresa  Ano(s) Cargo \_\_\_\_\_

Habitação

Própria com Hipoteca Valor da Mensalidade  €

Arrendada Valor da Renda  €

Própria Sem Encargos  Familiares  A Cargo da Empresa

IBAN (no caso de ser o responsável pelo pagamento)

#### Finalidade do Crédito

Dentária  Óptica  Audiologia  Outro \_\_\_\_\_

#### Modalidade de Financiamento

Instituição Financeira  Facilidades de Pagamento

Montante do Tratamento  €

Entrada Inicial  €

Montante do Crédito  €

Prazo Pagamento  Meses

## FIADOR(A)

Relação com o Titular  Pai/Mãe  Filho(a)  Outro \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal  -  Localidade \_\_\_\_\_

Telefone  Telemóvel  E-mail \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento  /  /

Estado Civil  Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  Separado  União de Facto

CC/BI nº  Contribuinte nº  Nº Dependentes

Situação Laboral  Efectivo  A Prazo  Conta Própria  Reformado  Desempregado

Vencimento Líquido Mensal  € Outros Rendimentos  € Proveniência \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_ Telefone da Empresa

Actividade \_\_\_\_\_ Antiguidade na Empresa  Ano(s) Cargo \_\_\_\_\_

Habitação  Própria com Hipoteca Valor da Mensalidade  €  Arrendada Valor da Renda  €  Própria Sem Encargos  Familiares  A Cargo da Empresa

IBAN (no caso de ser o responsável pelo pagamento)

## CONDIÇÕES DA PROPOSTA

- **Intermediários de crédito a título acessório**
- **Todos os campos do presente formulário são de preenchimento obrigatório**
- **Se aplicável, o custo associado com o processamento mensal dos débitos directos é adicionado ao valor mensal da prestação devida**
- **Documentos necessários à formalização do contrato:**
  - Documento de identificação (BI, NIF, CC ou outro) de todos os intervenientes
  - Comprovativo do IBAN (talão de IBAN obtido nas caixas MB, cabeçalho de extracto bancário, cheque) com o nome do titular da conta
  - Comprovativo de rendimentos
    - a) Por conta de outrem: três últimos recibos de vencimento
    - b) Por conta própria: declaração anual de IRS e nota de liquidação
    - c) Reformados: declaração anual de IRS e nota de liquidação ou declaração anual de reforma
  - Comprovativo de morada (factura da luz, água, telefone, etc.)
- **Plano prestacional sujeito a aprovação prévia. Consulte todas as condições das facilidades de pagamento em [www.labmedsaude.pt](http://www.labmedsaude.pt)**

### 2 MODALIDADES DE PAGAMENTO

	INSTITUIÇÃO FINANCEIRA	FACILIDADES DE PAGAMENTO LABMED SAÚDE
JUROS	SEM JUROS	SEM JUROS
PRAZO CONCEDIDO	ATÉ 48 MESES	ATÉ 48 MESES
DIA DE PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO	DIA 5	DIA 5 <sup>(1)</sup>
CUSTOS DE PROCESSAMENTO DO DÉBITO DIRECTO <sup>(2)</sup>	SEM CUSTOS ASSOCIADOS	PRAZO ATÉ 12 MESES ► SEM CUSTOS ASSOCIADOS PRAZO SUPERIOR A 12 MESES ► 2,50€/MÊS <sup>(3)</sup>
COMISSÃO DE ABERTURA E FORMALIZAÇÃO DO PROCESSO <sup>(4)</sup>	10€	10€

(1) A primeira prestação é paga na clínica / óptica. (2) Pago juntamente com a prestação mensal. (3) Valor do débito directo a acrescer a cada prestação. Não tem custo associado na primeira prestação. (4) Paga na data de assinatura do contrato.

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

- Declaro que fui informado(a) e aceito expressamente que os tratamentos objecto deste pedido de pagamento em prestações poderão não ter continuidade pelo mesmo médico dentista que realizou o orçamento ou o início dos mesmos, por motivos clínicos, de término da relação da prestação de serviços ou da relação laboral deste com o Grupo LabMED Saúde, sem que tal facto invalide, influencie ou altere a prestação dos serviços orçamentados e/ou solicitados e o cumprimento atempado e integral do respectivo pagamento.
- O(s) Proponente(s) assume(m) de pleno direito e de boa fé que teve a oportunidade de preencher, ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto do presente formulário, assim como no orçamento / plano de tratamentos, e que correspondem à verdade e ao pretendido, sob pena de incorrer num crime de falsas declarações, bem como que lhe foram dadas todas as explicações referentes aos procedimentos, plano de tratamento e diagnóstico.

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ASSINATURA DO PROPONENTE \_\_\_\_\_

O Grupo LabMED Saúde, nos termos do disposto nos arts. 5º e 6º n.º 1 al. b) e c) do Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD) e demais legislação nacional e comunitária aplicável e em vigor, tem legitimidade e licitude para proceder ao tratamento dos dados pessoais constantes do formulário, dados mínimos e necessários para a finalidade de análise pré-contratual e/ou contratual. Para mais informações sobre o tratamento dos dados abaixo submetidos, por favor consulte em [www.labmedsaude.pt](http://www.labmedsaude.pt) a nossa Política de Privacidade.