

DIVISÃO DE AÇÃO SOCIAL | COMPARTICIPAÇÃO MUNICIPAL EM MEDICAMENTOS

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal do Funchal

Registo

Nº _____ / _____

Nome: _____
Residência: _____
Freguesia: _____ Concelho: _____
Código Postal: _____ - _____ Contribuinte nº: _____
Nº BI / Cartão Cidadão: _____ NISS: _____
Estado Civil: _____ Contacto Telefónico: _____

OBJECTO DO REQUERIMENTO

Vem requerer a V. Exa:

- Atribuição inicial do benefício "Comparticipação Municipal em Medicamentos"
 Renovação do benefício "Comparticipação Municipal em Medicamentos"

Beneficia de outras participações (com exceção do SNS)?

- Sim Não

Em caso afirmativo, indicar o montante _____

Documentos anexos:

- Fotocópia do B.I. ou Cartão do Cidadão
 Fotocópia do Cartão de Identificação Fiscal
 Fotocópia do Cartão de Segurança Social
 Declaração de IRS e nota de liquidação ou certidão do serviço de Finanças que comprove estar o requerente dispensado da entrega da declaração anual
 Fotocópias de comprovativos dos rendimentos de todos os elementos do agregado familiar – incluindo Pensões de velhice, de invalidez, de sobrevivência, de alimentos ou outras – auferidas em território nacional ou provenientes do estrangeiro ou ainda do Rendimento Social de Inserção.

Observações: _____

As declarações acima prestadas correspondem à verdade, pelas quais o requerente assume total responsabilidade.

Pede Deferimento

O Requerente

Funchal ____/____/____
