

MUNICÍPIO DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO

CÂMARA MUNICIPAL

SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL



REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO EM MEDICAMENTOS

REGISTO DE ENTRADA Nº _____ / _____ Pº Nº _____ / _____ / _____ / _____ Em _____ / _____ / _____ O Funcionário, _____	INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	DESPACHO
---	--------------------------------	-----------------

Exmo. Senhor:

Presidente da Câmara Municipal de Santa Marta de Penaguião

IDENTIFICAÇÃO	
Nome _____	
Morada _____	Código Postal _____ - _____
Freguesia de _____	Telefone _____

Vem requerer a V. Ex^a a comparticipação na aquisição de medicamentos:

DOCUMENTOS APRESENTADOS	
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/> Documento comprovativo de encargos com a primeira habitação (renda ou construção, até um máximo de 5000€)
<input type="checkbox"/> Fotocópia do Nº de Identificação Fiscal	<input type="checkbox"/> Atestado de doença crónica, emitido pelo SNS (caso se aplique)
<input type="checkbox"/> Fotocópia da declaração do IRS do agregado familiar	<input type="checkbox"/> Atestado de residência com a indicação do agregado familiar
<input type="checkbox"/> Fotocópia dos recibos de pensões, do ano em que se candidata, de todos os membros do agregado familiar	

Santa Marta de Penaguião, _____ de _____ de _____

O Requerente,
