

Registo n.º _____
Processo n.º _____
Data ____ / ____ / ____
Funcionário _____

DESPACHO

Validade do cartão *abem*: ____/____/____ **N.º** _____

Ex.^{mo} Senhor Presidente da Câmara Municipal de Alvaiázere

Proc. N.º ____/____

Classificação: _____

Identificação do requerente

Nome _____
 Data de nascimento ____/____/____ Profissão _____ C.C./B.I. n.º _____
 emitido em/válido até ____/____/____ NIF/NIPC _____ NISS _____
 Morada _____
 Código Postal ____ - ____ Freguesia _____
 Telefone/Telemóvel _____ Correio eletrónico _____
 Rendimentos – Valor _____ € Proveniência _____
 Doenças graves/permanentes/deficiência: Não Sim Se sim, qual: _____
 Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via correio eletrónico

Composição do agregado familiar:

2 - Nome:

Parentesco /Outro:	Data de Nascimento: ____/____/____	Profissão:
CC / BI n.º	Validade:	NIF:
Contato: TM	E-mail:	NISS:
Rendimentos – Valor:	Proveniência:	
Doenças graves/permanentes/deficiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____		

3 - Nome:

Parentesco /Outro:	Data de Nascimento: ____/____/____	Profissão:
CC / BI n.º	Validade:	NIF:
Contato: TM	E-mail:	NISS:
Rendimentos – Valor:	Proveniência:	
Doenças graves/permanentes/deficiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____		

4 - Nome:

Parentesco /Outro:	Data de Nascimento: ____/____/____	Profissão:
CC / BI n.º	Validade:	NIF:
Contato: TM	E-mail:	NISS:
Rendimentos – Valor:	Proveniência:	
Doenças graves/permanentes/deficiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____		

5 - Nome:

Parentesco /Outro:	Data de Nascimento: ____/____/____	Profissão:
CC / BI n.º	Validade:	NIF:
Contato: TM	E-mail:	NISS:
Rendimentos – Valor:	Proveniência:	
Doenças graves/permanentes/deficiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual: _____		

6 - Nome:			
Parentesco /Outro:	Data de Nascimento: ___/___/_____	Profissão:	
CC / BI n.º	Validade:	NIF:	NISS:
Contato: TM	E-mail:		
Rendimentos – Valor:	Proveniência:		
Doenças graves/permanentes/deficiência: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim, qual:			

Para o efeito, informa que o seu agregado familiar possui os seguintes bens patrimoniais:

Bens Imóveis - Artigos Rústicos		Bens Imóveis - Artigos Urbanos	
Artigo Matricial	Valor Patrimonial	Artigo Matricial	Valor Patrimonial
Bens Móveis			
Tipo:	Marca:	Ano:	Cilindrada:
Tipo:	Marca:	Ano:	Cilindrada:
Tipo:	Marca:	Ano:	Cilindrada:

A habitação do agregado familiar é própria: Sim Não É arrendada: Sim (Valor da Renda: _____€), se não, indique qual a situação habitacional: _____.

Tem empréstimo bancário (habitação permanente): Sim Não Mensalidade: _____.

Declaração

Declaro, sob compromisso de honra, que todas as declarações e informações que prestei são verdadeiras.

Pretensão

Vem requerer a V.ª Ex.ª apoio, por se encontrar numa situação de carência económica, através do Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.

Pede deferimento,
Alvaiázere, _____ de _____ de 20_____

O requerente,

2 – Assinatura /Representante: _____ (_____)

3 - Assinatura /Representante: _____ (_____)

4 - Assinatura /Representante: _____ (_____)

5 - Assinatura /Representante: _____ (_____)

6 - Assinatura /Representante: _____ (_____)

(Sem a entrega de todos os documentos necessários à validação do pedido, este não terá efeito)

Documentos a apresentar – Agregado familiar:

- Fotocópia do BI e NIF / CC;
- Atestado da Junta de Freguesia a comprovar agregado familiar, morada e tempo de residência;
- Documentos comprovativos dos rendimentos líquidos: IRS com nota de liquidação **ou** declaração negativa de rendimentos;
- Documento da Entidade empregadora, onde conste local atual de trabalho e retribuição líquida auferida;
- Documento comprovativo da Autoridade Tributária, onde conste a relação dos bens imóveis e móveis existentes;
- Documento da Segurança Social comprovativa da existência ou não de valores de subsídios e pensões;
- Comprovativo da situação de doença grave ou de deficiência;
- 3 últimos recibos de renda ou da prestação mensal do empréstimo da habitação;
- Faturas / recibos de eletricidade, água e gás dos últimos 3 meses;
- Faturas / recibos de medicamentos adquiridos nos últimos 3 meses;

Validação *

Conferi a assinatura pelo C.C./B.I. n.º _____ emitido/válido até _____ / _____ / _____

O funcionário _____

O gestor do procedimento _____

Poderá ser contactado na Unidade Orgânica _____

* A preencher pelos serviços