

REQUERIMENTO

Requerimento para transporte de crianças, deficientes e
pessoas carenciadas, pelos BVA - Saúde
(Nos termos da alínea I.h da Cláusula Primeira do Protocolo de Colaboração entre o Município
de Alvaiázere e a Associação dos Bombeiros Voluntários de Alvaiázere)

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

DESPACHO

Processo (GASS)

N.º ____ / ____

Classificação: _____

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

Identificação do requerente

Nome _____

Idade _____ anos Data de Nascimento ____ / ____ / ____

C.C./B.I. n.º _____ emitido em/válido até ____ / ____ / ____ NIF/NIPC _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Freguesia _____ Concelho _____ Telefone _____

Telemóvel _____ Correio eletrónico _____

Para efeitos do presente pedido, autorizo a notificação via correio eletrónico

Pretensão

Vem requerer a V.^a Ex.^a ajuda através do Serviço de transporte de doentes a efetuar pelos Bombeiros Voluntários de Alvaiázere.

Informa que, atualmente, está a ser seguido(a) nos Serviços / consulta de _____

Pede deferimento,

Data e assinatura

Alvaiázere, ____ de _____ de 20 ____

O requerente,

(*)Para o efeito, esclarece que o seu agregado familiar é composto pelos elementos indicados no quadro seguinte:

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	N.º de Segurança Social/CGA/Outro	N.º de Contribuinte	Habilitações Literárias
	Titular				

Para o efeito, informa que as remunerações mensais (vencimentos, pensões, reformas, subsídios de desemprego e doença, rendimento social de inserção e outros) de todos os elementos do agregado familiar, são as seguintes:

Nome do Titular da remuneração	Proveniência (vencimentos, pensão)	Entidade Patronal	Valor Líquido Mensal

Situação Clínica:

Principal Patologia: AVC Diabetes Doenças cardiovasculares Doenças respiratórias

Problemas de audição Problemas de visão Outra. Identifique _____

Grau de Mobilidade: Dependente Autónoma - Acamado: Sim Não

Vive Sozinho? Sim Não

Médico de Família: _____

Centro de Saúde de: _____

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

Documentos a apresentar:

- Fotocópia do Bilhete de Identidade, cartão de contribuinte e número de identificação de segurança social ou do Cartão de Cidadão, de todos os elementos do agregado familiar;
- Documentos comprovativos dos rendimentos líquidos de todos os elementos do agregado familiar: Declaração de rendimentos de IRS e respetiva nota de liquidação **ou** declaração negativa de rendimentos;
- Declaração da entidade empregadora de todos os elementos do agregado familiar, onde conste local atual de trabalho e retribuição ilíquida auferida;
- Declaração Anual da Segurança Social, ou de outra entidade, comprovativa de pensões auferidas por todos os elementos do agregado familiar, nomeadamente pensão de invalidez, de sobrevivência, subsídio mensal vitalício, pensão de alimentos, de velhice, de assistência à terceira pessoa, complemento solidário para idosos, outros;
- Último recibo de renda ou prestação mensal do empréstimo da habitação;
- Comprovativo da situação de doença grave ou de deficiência;
- Outros documentos com relevância.

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 _____

Pago pela guia nº _____, de ____ / ____ / _____, no valor de _____ €

*** A preencher pelos serviços**

--	--	--	--	--	--