

Identificação do Candidato

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ Freguesia _____

Telf. (casa) _____ Tlm _____

B.I. n.º _____ N.I.F n.º _____

Naturalidade (Freguesia/ Concelho) _____

Recenseado na Freguesia de _____

Cartão de Eleitor n.º _____ Data ____/____/____

**Vem requerer a V. Exa., ao abrigo do Regulamento de atribuição de
Comparticipação de medicamentos, a concessão do presente apoio**

Portimão, ____ de _____ de _____

Pede Deferimento,
O Múncipe

Identificação dos Elementos do Agregado Familiar

Ref. ^a	Nome	Parentesco	Data de Nasc.	Profissão	Rendimento Mensal (1)	Observações
1	-----	Ego				
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

(1) Vencimento, pensões, subsídio de desemprego, R.S.I. ou outros

Considerações para Atribuição

Despesas com Habitação /Creche/Jardim de Infância:

Água	Luz	Renda / Prestação	Medicação

Situação de Doença Crónica: Sim Não

Idade igual ou superior a 65 anos: Sim Não

Rendimento Per Cápita:

Comparticipação

Valor da Participação a prestar

Parecer Técnico

Data: ___/___/____ O Técnico: _____

NIPG N.º _____/____ PENDENTE N .º _____

Declaração

Declaro, sob compromisso de honra que informações aqui prestadas são verdadeiras.

Autorizo que efectuem as averiguações necessárias à análise desta candidatura, para efeito de confirmação dos valores declarados.

Não usufruo de quaisquer rendimentos patrimoniais para além dos declarados.

Não benefico de outro apoio destinado aos mesmos fins da atribuição da comparticipação de medicamentos.

Declaro ainda que tenho conhecimento que a prestação de falsas declarações implica o cancelamento imediato da comparticipação de medicamentos, a devolução dos valores correspondentes aos benefícios obtidos e a interdição por um período de um ano de qualquer apoio da Autarquia sem prejuízo do competente procedimento judicial.

O Requerente: _____

Deliberação

Conforme Reunião de Câmara

De ___/___/____

Deliberação n.º _____/____