

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – PROGRAMA “MAIS SAÚDE”

--

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal

UTENTE

Nome:			
Morada:			
Código Postal:			
NIF:			
Contacto:		E-mail:	

REPRESENTANTE

Nome:		NIF/NIPC:	
Morada:			
Código Postal:			
Contacto:		E-mail:	

PEDIDO

Vem requerer a V. Ex.^a, ao abrigo do Programa Municipal de Prestação de Cuidados de Saúde “Mais Saúde”, tratamento de fisioterapia para o utente.

Agregado familiar composto por:

As comunicações deverão ser estabelecidas com:

OBSERVAÇÕES

--

DOCUMENTOS A APRESENTAR

- Documento comprovativo do domicílio no concelho de São Pedro do Sul
- Última declaração de IRS e respectiva nota de liquidação do(s) requerente(s) ou declaração da Autoridade Tributária comprovativa da sua inexistência;
- Documento da Autoridade Tributária comprovativa da existência de bens patrimoniais do agregado familiar
- Comprovativos dos rendimentos do agregado familiar: salários, reformas, pensões e subsídios (últimos 3 meses);
- Declaração do Rendimento Social de Inserção com composição do agregado familiar e valor da prestação;
- Declaração do Instituto de Segurança Social comprovativa da situação de desemprego
- Declaração médica comprovativa da incapacidade e/ou necessidade de tratamento de saúde

O subscritor, sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

O Requerente

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento de identificação.

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo se o mesmo não souber ou puder assinar)

(O Funcionário)