



**Inscrição no Programa *abem*: Rede  
Solidária do Medicamento  
REQUERIMENTO**

**DESPACHO**

**A PREENCHER PELO REQUERENTE**

**Ex.mo Senhor  
Presidente da Câmara de  
ESTARREJA**

\_\_\_\_\_ a)  
contribuinte fiscal \_\_\_\_\_ b) residente em \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ freguesia de  
\_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, portador do  
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão ou Autorização de Residência n.º \_\_\_\_\_  
emitido pelo Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, data de  
nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e número de identificação bancária (NIB) \_\_\_\_\_,  
vem requerer a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> inscrição no Programa *abem*: Rede Solidária do Medicamento.

**Número de elementos do Agregado Familiar:**

**Identifique o(s) elemento(s) do Agregado Familiar que apresenta maior gasto financeiro em  
medicação:**

**Assinale com X no caso de beneficiar de alguma destas medidas:**

(no caso de ser outro elemento do agregado familiar o beneficiário, deverá igualmente assinalar)

Cartão Sénior Municipal:

Complemento Solidário para idosos:

Rendimento Social de Inserção:

Apoio à vacinação infantil não participada:

Outros apoios no âmbito da medicação:  Qual:

**Consentimento Informado de Cedência e Utilização de dados pessoais**

Autorizo que o Município de Estarreja proceda à recolha e tratamento dos meus dados pessoais com a finalidade expressa deste formulário, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Autorizo que o Município de Estarreja partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais, que são essenciais para a emissão do Cartão *Abem*: Rede Solidária do Medicamento, obrigando-se esta a proceder em conformidade com o RGPD.

Pede Deferimento

Estarreja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

O Requerente

\_\_\_\_\_

Contactos:

Telefone/Telemóvel (**obrigatório**):

Fax/Correio Eletrónico:

**NOTAS**

(a) Nome

(b) Número de Identificação Fiscal (NIF)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Documentos Necessários:

Cópia devidamente autorizada do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão

Número de Identificação Fiscal

Atestado de composição do agregado familiar e tempo de permanência no concelho

Atestado Multiusos (em caso de deficiência)

Declaração do médico da situação de doença

Declaração da farmácia do valor médio mensal com gastos em medicação

Declaração de IRS e/ou IRC documento completo

Declaração de prestações sociais (RSI, pensões, complemento solidário para idosos, pensão social de inclusão, ...)

Documento comprovativo de pensão de alimentos

Comprovativos de despesas (faturas dos últimos 3 meses de renda e/ou empréstimo bancário, água, luz e gás)

**INFORMAÇÃO DA SUBUNIDADE DE ATENDIMENTO AO MUNICÍPE**

Conferi os dados constantes do requerimento, bem como a assinatura, pela exibição do documento de identificação.

Estarreja, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

A Colaboradora,

\_\_\_\_\_