



## Cartão ABEM – Rede Solidária do Medicamento

Reg. n.º \_\_\_\_\_  
Processo n.º \_\_\_\_\_  
Registado em \_\_\_\_\_  
O Funcionário \_\_\_\_\_

Exmo. Senhor  
Presidente da Câmara Municipal

### REQUERENTE

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_  
NIF/NIPC \_\_\_\_\_ BI/CC \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

### NOTIFICAÇÃO

Mais solicita que todas as notificações referentes ao pedido, sejam dirigidas para:

- Requerente, morada *supra* referida;  
 \_\_\_\_\_, com domicílio ou sede em \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_  
Telef/Telem: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro ao abrigo do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), que dou o meu consentimento de forma livre e informada, para a recolha e tratamento dos dados pessoais em formato papel e digital por parte do Município de Viana do Alentejo. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a dar resposta ao pedido, são conservados durante o período necessário para a prossecução das finalidades legais e do pedido. Em cumprimento do disposto no RGPD (EU)2016/679 do P. E., o requerente poderá, a qualquer momento, exercer os direitos de acesso, retificação e cancelamento dos seus dados, bem como o direito de oposição ao tratamento dos mesmos, mediante pedido escrito para [protecao.dados@cm-vianadoalentejo.pt](mailto:protecao.dados@cm-vianadoalentejo.pt)

Autorizo o envio de notificações, no decorrer deste processo, para o e-mail indicado.

Autorizo que o Município de Viana do Alentejo partilhe com a Associação DIGNITUDE os meus dados pessoais para a emissão do Cartão abem - Rede Solidária do Medicamento, obrigando-se esta a proceder em conformidade com a política de tratamento de dados pessoais.

### PEDIDO

Vem requerer a V.Exa., a atribuição de:



**PEDIDO**

Cartão ABEM - Rede Solidária do medicamento

Composição do agregado familiar:

Nome	Parentesco	Data de Nascimento	Situação face ao emprego

Tomei conhecimento das Normas de Atribuição do Cartão abem – Rede Solidária do Medicamento.

Vem requerer a V.Exa., a atribuição de:

Cartão ABEM - Rede Solidária do medicamento

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,

(local e data)

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

O Requerente/  O Representante,

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

(O Funcionário)



**GESTOR DE PROCEDIMENTO**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**ELEMENTOS A EXIBIR/ENTREGAR**

Documento(s) de identificação do requerente a apresentar:

- Cartão de Cidadão ou B.I e Cartão de Contribuinte de todo o agregado familiar;
- No caso de Bilhete de Identidade ou Cédula Pessoal, deve acompanhar de: Cartão de contribuinte, comprovativo do nº de identificação da Segurança Social e do nº do Sistema Nacional de Saúde ou de subsistema de Saúde de todos os elementos do agregado familiar.

Para o efeito, junta os elementos que se elencam:

- Atestado de residência e de composição do agregado familiar com discriminação dos graus de parentesco, de acordo com a alínea a) do Artigo 8.º.
- Documento comprovativo dos rendimentos do agregado familiar.
- Em caso de ausência de rendimentos por parte de alguns dos elementos do agregado familiar, maior de idade, deverá ser feita prova da sua situação (subsídio de desemprego, frequência de ensino ou outra situação devidamente comprovada).
- Fotocópia da declaração do I.R.S. e respetiva nota de liquidação ou, no caso de isenção, Declaração da Repartição de Finanças em como se encontra isento de IRS.
- Comprovativo do valor da reforma; pensões; pensões de alimentos; abonos; prestações sociais ou outros rendimentos.
- Declaração médica comprovativa de doença crónicas, Atestado Médico de Incapacidade Multiuso.
- Recibo de Renda de casa ou comprovativo de crédito habitação referente aos últimos 3 meses.
- Faturas/Recibos referentes ao serviço de água dos últimos 3 meses.
- Faturas/Recibos referentes ao serviço de eletricidade dos últimos 3 meses.
- Faturas/Recibos referentes ao serviço de gás dos últimos 3 meses.
- Outros \_\_\_\_\_