

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA PARA DOENÇA CRÓNICA

A PREENCHER PELOS SSCTMP

Recebido por:

Data: ____/____/____

Exmo.(a) Sr.(a)

**Presidente da Direção dos Serviços Sociais e Culturais dos Trabalhadores do
Município de Palmela**

Nome: _____, associado(a) n.º ____ destes
Serviços Sociais, vem requerer a V. Exa, ao abrigo do art.º 7 do Regulamento de Fundo de
Auxílio, que lhe seja concedida a Assistência Medicamentosa, em virtude de sofrer de doença
crónica confirmada, e necessitar de tratamento, conforme declaração médica e prescrição de
medicamentos, em anexo.

Palmela, ____ de _____ de 2____

Pede deferimento.

O (a) Associado(a)

INSTRUÇÕES E DOCUMENTOS A APRESENTAR		
Categoria de sócio	Documentos	
Associado aposentado <input type="checkbox"/>	Declaração médica – doença crónica	<input type="checkbox"/>
Associado no ativo <input type="checkbox"/>	Prescrição medicamentos	<input type="checkbox"/>
Beneficiário – descendente até aos 22 anos <input type="checkbox"/>	Comprovativos escolaridade	<input type="checkbox"/>
Beneficiário – cônjuge <input type="checkbox"/>	Declaração S.Social	<input type="checkbox"/>
	Declaração IRS	<input type="checkbox"/>
	Declaração CGA - valor pensão	<input type="checkbox"/>

Entrada Secretaria	Informação Direção	Despacho
Trabalhador(a) _____	Presidente Direção _____	_____ _____/_____/_____