



PROGRAMA MUNICIPAL DE COMPARTICIPAÇÃO EM MEDICAMENTOS E TRANSPORTE DE DOENTES

Documentos que devem acompanhar o requerimento	
<input type="checkbox"/>	1. Fotocópia do documento de identificação (BI ou Cartão de Cidadão) da/o requerente
<input type="checkbox"/>	2. Fotocópia do cartão de contribuinte da/o requerente
<input type="checkbox"/>	3. Fotocópia do cartão de beneficiária/o da Segurança Social
<input type="checkbox"/>	4. Comprovativo de beneficiária/o do Complemento Solidário para Idosos (CSI)
<input type="checkbox"/>	5. Comprovativo de beneficiária/o do Rendimento Social de Inserção (RSI)
<input type="checkbox"/>	6. Comprovativo Médico de Doença Crónica
<input type="checkbox"/>	7. Comprovativo Médico de Doença Oncológica
<input type="checkbox"/>	8. Atestado da Junta de Freguesia a comprovar o agregado familiar
<input type="checkbox"/>	9. Declaração de IRS/Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar
<input type="checkbox"/>	10. Documento/s comprovativo/s da necessidade de transporte
	Outros documentos:
<input type="checkbox"/>	11. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	12. <input type="text"/>