

**AMBULÂNCIA SOCIAL**  
**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA**

**1. Identificação do Candidato**

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Estado civil: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Telemóvel/telefone: \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde \_\_\_\_\_ Cartão de utente nº \_\_\_\_\_

Contribuinte nº \_\_\_\_\_ Beneficiário da Segurança Social nº \_\_\_\_\_

*(escolha a opção):*

Cartão de cidadão nº \_\_\_\_\_, válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Bilhete de Identidade nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ emitido pelo \_\_\_\_\_

**2. Composição do Agregado Familiar**

	Identificação	Sexo	Data de Nascimento	Relação familiar	Profissão
1	Requerente				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

### 3. Objetivo do Pedido

Benefício do Transporte Ambulância Social para o dia:	Local de Partida	Destino	Nº de Km (Ida e Volta)	Serviços de Saúde		
				Unidade de Tratamento/Consulta	Hora da Consulta	Acompanhante
1	__/__/__					
2	__/__/__					
3	__/__/__					
4	__/__/__					
5	__/__/__					
6	__/__/__					

Obs.:

- Cada candidatura só pode contemplar **no máximo 6 deslocações por ano/utente**.
- O encargo financeiro assumido pelo Município ficará condicionado à existência de fundos disponíveis no âmbito do disposto na lei nº. 8/2012, de 21 de fevereiro – Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso e das verbas inscritas no Plano de Atividades e Orçamento Municipal, não havendo lugar a qualquer indemnização daí decorrente.

### 4. Documentos a entregar

- Prescrição médica para cuidados de saúde, emitida pelo SNS ou por Clínicas Privadas que tenham celebrado Protocolo com o SNS, cujo acesso implique o recurso a transporte.
  - Fotocópia do documento de identificação do requerente.
  - Fotocópia do cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde do requerente, se aplicável.
  - Atestado médico de incapacidade multiusos, quando aplicável.
  - Declaração de compromisso de honra, atestando a veracidade de todas as declarações prestadas no processo, conforme modelo apenso ao formulário
  - Outros documentos que se considerem relevantes para análise do pedido de transporte.
- Qual: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA

**Declaro tomar conhecimento e aceitar as condições do Programa Ambulância Social, assumindo por minha honra que as informações prestadas correspondem à verdade e que não benefico de quaisquer apoios análogos, concedidos por outras entidades para os mesmos fins.**

Pede deferimentos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O (A) Candidato (a),

---