

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),
