

Comunicação de alterações cartão vida

DDS-USAS.01.2



Praça Dr. António Lacerda, 4980-620 Ponte da Barca
Telef.: 258 480 180 | Fax: 258 480 189 | NIF: 505676770
www.cmpb.pt | e-mail: geral@cmpb.pt

**Exmo. Sr.
Presidente da Câmara Municipal de Ponte da Barca**

Identificação do(a) Requerente

Nome / Designação:					
Domicílio / Sede:					
Freguesia:	Concelho:	Código Postal:			
BI / CC / Passaporte:	Validade:	NIF:	C.A.E.:		
Telefone:	Fax:	Email:			
Na qualidade de: <input type="checkbox"/> Proprietário(a) <input type="checkbox"/> Usufrutuário(a) <input type="checkbox"/> Locatário(a) <input type="checkbox"/> Administração condomínio <input type="checkbox"/> Outra qualidade:					

Vem, por este meio, comunicar a V.^a Ex.^a, no âmbito do art. 11º do Regulamento do Cartão Vida:

- Perda, furto ou extravio do Cartão Vida;
- Alteração da residência para o domicílio supra-indicado (junto declaração da Junta de Freguesia da nova área de residência).
- Alteração da Composição e Situação Económica do Agregado Familiar (junto declaração da Junta de Freguesia e documentos comprovativos da situação profissional e dos rendimentos dos elementos que compõem o agregado familiar):

N.º	Nome Completo	Parentesco	D.N.	Situação Profissional	Rendimento Mensal
1	Requerente	-----	/ /		
2			/ /		
3			/ /		
4			/ /		
5			/ /		
6			/ /		
7			/ /		
8			/ /		
9			/ /		
10			/ /		
11			/ /		
12			/ /		

Vem, ainda, requerer a V.^a Ex.^a autorização para a utilização do Cartão Vida.

- Autorizo a notificação por via de correio eletrónico, cujo endereço é o acima indicado.

Pede deferimento,
Ponte da Barca, de de
O(A) Requerente,

BI/CC: , emitido em Arquivo(BI):

Dados a preencher pelo(a) signatário(a), nos termos do DL 250/96, de 24 de Dezembro

A preencher pelo(a) responsável pela verificação

- O pedido está instruído com os elementos necessários.
- Existem deficiências ou omissões na instrução do pedido, tendo sido informado o(a) requerente da provável rejeição liminar. Contudo, por sua insistência, foi aceite.

Comunicação de alterações cartão vida

DDS-USAS.01.2



Praça Dr. António Lacerda, 4980-620 Ponte da Barca
Telef.: 258 480 180 | Fax: 258 480 189 | NIF: 505676770
www.cmpb.pt | e-mail: geral@cmpb.pt

A preencher pela Unidade de Saúde e Ação Social:

Rendimento Mensal *Per Capita*: _____

Decisão:

Deferido

Indeferido. Fundamentos: _____

Ponte da Barca, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Responsável
