

Preencher pelos Serviços	Cartão N.º	<input type="text"/>
	Tipo	<input type="text"/>

### RENOVAÇÃO DO CARTÃO DO MUNICÍPE SÉNIOR

N.º DE CONTRIBUINTE

NOME	<input type="text"/>		
DATA NASCIMENTO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	NATURALIDADE	<input type="text"/>
MORADA	<input type="text"/>		
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ELEITOR N.º	<input type="text"/>	PENSIONISTA N.º	<input type="text"/>
TELEFONE	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	<input type="text"/>
B.I./C.C.	<input type="text"/>	TELEMÓVEL	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	DATA DE EMISSÃO	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	ARQUIVO	<input type="text"/>

### COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (1)

NOME	DATA NASC.	PARENTESCO	RENDIMENTO MENSAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(1) Se o agregado familiar for constituído por mais de 4 membros preencha a folha de continuação

### OBJETO DO REQUERIMENTO

Vem, nos termos e para efeitos do disposto no artigo 7.º e no artigo 8.º do Regulamento da Prestação de Apoio à População Idosa do Município de Felgueiras, requerer a V. Ex.ª a renovação do Cartão do Múncipe Sénior prevista no artigo 13.º do referido Regulamento.

### DECLARAÇÃO SOB COMPROMISSO DE HONRA

Declaro, sob compromisso de honra, a veracidade dos documentos apresentados e das declarações prestadas, autorizando a Câmara Municipal a confirmar a sua exatidão. Mais declaro não usufruir de qualquer outro tipo de apoio para o mesmo fim. Tenho conhecimento de que as falsas declarações ou omissões implicam a anulação do cartão, a perda de benefícios durante três anos, para além das sanções previstas na lei.

PEDE DEFERIMENTO

Em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O REQUERENTE

- Cheque nominativo cruzado – a remeter pelo correio  
 Numerário – a levantar na tesouraria municipal  
 Transferência bancária

ENTRADA	
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	<input type="text"/>  O Funcionário _____

DESPACHO	
PREENCHER PELOS SERVIÇOS	<input type="text"/>

**Comprovativo de entrega de documentação – CARTÃO DO MUNICIPE SÉNIOR**

PROCESSO

NOME

**DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

- Cópia dos documentos de identificação obrigatórios do requerente e de todos os membros do agregado familiar;
- Cópia do Cartão de Contribuinte;
- Cópia do Cartão de Eleitor;
- Atestado de residência, atualizado, bem como confirmação da composição do agregado familiar, emitido pela Junta de Freguesia;
- Cópia dos documentos referentes aos rendimentos mensais de todos os membros do agregado familiar (ordenados, rendas, pensões, subsídios e prestações sociais);
- Cópia do documento de liquidação do IRS/declaração da Segurança Social;
- Cópia dos recibos comprovativos das despesas mensais com a habitação, despesas com água, energia, telefone e gás;
- Cópia dos recibos comprovativos de despesas de saúde (medicação, tratamentos continuados), desde que com prescrição médica;
- Cópia do contrato de arrendamento;
- Comprovativo de frequência em equipamento para apoio na área da infância, idosos e deficiência;
- Declaração emitida pelo Centro de Emprego, caso o requerente ou outros membros do agregado se encontrem desempregados;
- Cópia do Cartão da Segurança Social ou declaração que o substitua ou de outros;
- Certificado de incapacidade temporária para o trabalho ou dispensado por prestar apoio a membro do agregado;
- Certidão emitida pela repartição de finanças relativa a todos os bens imóveis e móveis de todo o agregado familiar;
- Autorizo a consulta do portal das finanças para este efeito - Código de acesso - \_\_\_\_\_;
- Cópia de documento que contenha o NIB, caso tenha optado pela modalidade de pagamento por transferência bancária.

Recebido nos Serviços do Gabinete do Município (GM) / Ação Social

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

**ATRIBUIÇÃO DE APOIOS SOCIAIS - Folha de Continuação**

Nº. DE CONTRIBUINTE

NOME

**COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (continuação)**

NOME	DATA NASC.	PARENTESCO	RENDIMENTO MENSAL

Recebido nos Serviços do Gabinete do Município (GM) / Ação Social

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_