



MUNICÍPIO DE PENAMACOR
CÂMARA MUNICIPAL

REQUERIMENTO CARTÃO PENAMACOR SAÚDE

Exmo. Senhor
Presidente da Câmara Municipal de Penamacor

Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

NIF _____ N.º Cartão de Cidadão / BI / Passaporte _____

Morada _____ Código Postal ____ - ____ Localidade _____

Telefone / Telemóvel _____ Correio eletrónico _____

N.º Cartão de Utente de Saúde _____

Vem solicitar a V. Exa. a emissão do Cartão Penamacor Saúde, para poder beneficiar dos benefícios concedidos pela Câmara Municipal.

O REQUERENTE

Data ____ / ____ / ____

Pede deferimento _____

(Assinatura do Requerente)

ANEXA OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ☐ Cópia do Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Passaporte ou Título de Residência
- ☐ Número de Identificação Fiscal
- ☐ Comprovativo de Residência no Concelho
- ☐ Certidão de Eleitor (quando aplicável)
- ☐ Outros. Indique quais: _____

Os dados recolhidos são os estritamente necessários para a instrução do pedido formulado e serão tratados em observância do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

RESERVADO AOS SERVIÇOS

Data de receção ____ / ____ / ____ Registo n.º _____

Data de aprovação ____ / ____ / ____ Data de emissão ____ / ____ / ____



MUNICÍPIO DE PENAMACOR / CÂMARA MUNICIPAL
Praça do Município / 6090-543 Penamacor
Tel.: 277 394 106 / Fax: 277 394 196
secretaria.gap@cm-penamacor.pt