



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Diretivo do
Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Nome:

Número Identificação do utente:

Portador(a) do Cartão do Cidadão (CC) n.º, encontrando-se impedido(a) de receber pessoalmente os reembolsos referente às despesas de saúde por motivo de:

Declaro que autoriza o Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM a efetuar a transferência para a conta:

Nome:

Cartão do Cidadão (CC) n.º:

Morada:

O(A) beneficiário(a)

Confirmo a autenticidade da assinatura do(a)
requerente por semelhança com a constante
do CC n.º _____

(Assinatura conforme documento de identificação válido, ou de terceiro, a seu pedido, desde que não possa ou não saiba assinar)

_____/_____/_____

(carimbo/assinatura do funcionário)

Documentos a entregar:

- Fotocópia de documento de identificação válido do(a) beneficiário(a) e do(a) autorizado(a) (Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão);
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte;
- Número de identificação bancária (documento do banco).

