

Solicitação de alteração de IBAN

Nome: _____

Número Identificação do beneficiário (N.º Cartão de Utente): _____

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

Declara que, autoriza o Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM a efetuar a transferência da comparticipação para a conta com o IBAN anexo, de:

Nome: _____

Cartão do Cidadão (CC) / NIF n.º: _____

Morada: _____

O(A) beneficiário(a)

(Assinatura conforme documento de identificação válido)
Data: ____ / ____ / ____

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

(Assinatura do trabalhador)

Data: ____ / ____ / ____

O(A) Representante Legal ⁽¹⁾

(Assinatura conforme documento de identificação válido)
Data: ____ / ____ / ____

(1) - Quando o destinatário seja uma instituição deverá ser assinado pelo representante legal do beneficiário.

Documentos a entregar:

- Fotocópia de documento de identificação válido do(a) beneficiário(a)/Representante Legal e do(a) autorizado(a) (Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão/NIF).
- Número de identificação bancária (documento do banco) com identificação do titular da conta

Validado na SR
Data: ____ / ____ / ____

(A chefe de secção)