



REQUERIMENTO GERAL

REGISTO SGD N.º	
PROCESSO N.º	
DATA DE RECEÇÃO	
FUNCIONÁRIO/A	

DESPACHO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ex.mo Senhor  
Presidente da Câmara Municipal de Soure

IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: N.º

CONTACTO(S) TELEFÓNICO(S) \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_

FREGUESIA / UNIÃO DE FREGUESIAS \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_

ASSUNTO

TENDO EM CONTA OS SERVIÇOS DE AÇÃO SOCIAL E SAÚDE DESTE MUNICÍPIO, VEM REQUERER A V. EX.ª.:

<input type="checkbox"/>	BANCO LOCAL DE VOLUNTARIADO
<input type="checkbox"/>	SUBSISTÊNCIA
<input type="checkbox"/>	APOIO NO PAGAMENTO DE MEDICAÇÃO
<input type="checkbox"/>	APOIO EM DESPESAS DE SAÚDE
<input type="checkbox"/>	APOIO NA AQUISIÇÃO DE ÓCULOS
<input type="checkbox"/>	APOIO AO ARRENDAMENTO
<input type="checkbox"/>	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO DOMÉSTICO
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA DE EMERGÊNCIA SOCIAL
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA OPERACIONAL DE APOIO A PESSOAS MAIS CARENCIADAS

<input type="checkbox"/>	TELEASSISTÊNCIA
<input type="checkbox"/>	APOIO NO PAGAMENTO DE TRANSPORTE
<input type="checkbox"/>	APOIO NO PAGAMENTO DE DESPESAS DE EDUCAÇÃO
<input type="checkbox"/>	INCENTIVO À NATALIDADE E APOIO À FAMÍLIA-PROGRAMA CEGONHAS
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA ABEM: REDE SOLIDÁRIA DO MEDICAMENTO
<input type="checkbox"/>	REABILITAÇÃO DE HABITAÇÕES DEGRADADAS
<input type="checkbox"/>	HABITAÇÃO SOCIAL
<input type="checkbox"/>	OUTROS: QUAIS: _____

