



## REQUERIMENTO

	N.º DE CONTRIBUINTE	<input type="text"/>	N.º CARTÃO DE CIDADÃO	<input type="text"/>
NOME:	<input type="text"/>			
MORADA	<input type="text"/>			
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FREGUESIA	<input type="text"/>
TELEMÓVEL	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>	

## CARTÃO 65 +

VEM REQUERER A V.EXª. A CONCESSÃO / RENOVAÇÃO DO CARTÃO 65+, PELO QUE ANEXA OS DOCUMENTOS ABAIXO ASSINALADOS, CONFORME O ARTG. 7.º DO REGULAMENTO MUNICIPAL:

- UMA FOTOGRAFIA
- APRESENTAÇÃO DO B.I./C.C. E CARTÃO DO CONTRIBUINTE
- COMPROVATIVO DE MORADA NO CONCELHO (OFÍCIO, FATURA OU ATESTADO DE RESIDENCIA)
- FOTOCÓPIA DO CARTÃO DO ELEITOR
- CÓPIA DA ÚLTIMA DECLARAÇÃO DO IRS, REFERENTE A TODOS OS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR, E NOTA DE LIQUIDAÇÃO OU DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO
- CÓPIA DO COMPROVATIVO DA PENSÃO NO PAIS E NO ESTRANGEIRO
- COMPROVATIVO DE DESPESAS FIXAS (ELECTRICIDADE, ÁGUA, MEDICAÇÃO CRÓNICA, RESIDUOS SÓLIDOS, TELEFONE FIXO E OUTRAS DEPESAS FIXAS)

DATA

O REQUERENTE

### ENTRADA

### INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS

### DESPACHO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

NIPG	<input type="text"/>
N.º ENTRADA	<input type="text"/>
N.º PENDENTE	<input type="text"/>
DATA	<input type="text"/>
PROCESSO	<input type="text"/>
O FUNCIONÁRIO	<input type="text"/>

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

GUIA DE RECEITA N.º	<input type="text"/>
EMITIDA EM	<input type="text"/>
O FUNCIONÁRIO	<input type="text"/>

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

<input type="text"/>
----------------------

## DIREITO DE INFORMAÇÃO DO TITULAR DOS DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto nos artigos 12º e 13º do RGPD, prestação do direito de informação.

O tratamento dos dados por parte do Município de Sever do Vouga respeitará o constante no Regulamento Municipal Utilização Cartão 65+ e será realizado com base nas seguintes condições:

- Responsável pelo tratamento – Câmara Municipal de Sever do Vouga – Largo do Município, n.º 1, 3740-262 Sever do Vouga;

- Responsável pela proteção de dados – Encarregada de Proteção de Dados do Município de Sever do Vouga (EPD) – Câmara Municipal de Sever do Vouga – Largo do Município, n.º 1, 3740-262 Sever do Vouga; Telefone: 225323740 (dias úteis entre as 9h00 – 12h00 e das 14h00 às 17h00) e-mail: [protecao.dados@cm-sever.pt](mailto:protecao.dados@cm-sever.pt);

- Finalidade do tratamento: Os dados pessoais solicitados são os estritamente necessários para cumprimento de uma obrigação jurídica.

- Destinatário(s) dos dados - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;

- Conservação dos dados pessoais - Os dados serão conservados e armazenados apenas durante o período necessário, atendendo às finalidades para as quais foram recolhidos;

- Direitos dos titulares dos dados pessoais – Ao requerente (titular dos dados pessoais) é garantido o direito de acesso, de retificação, de apagamento, de portabilidade, de ser informado em caso de violação da segurança dos dados e de limitação e oposição ao tratamento dos dados pessoais recolhidos. O titular tem ainda o direito a apresentar reclamação à autoridade de controlo nacional (Comissão Nacional de Proteção de Dados).

Para mais informações sobre a Política de Privacidade do Município consulte o website da Câmara Municipal de Sever do Vouga em <https://www.cm-sever.pt/pages/567> ou envie um e-mail para [protecao.dados@cm-sever.pt](mailto:protecao.dados@cm-sever.pt).

Sever do Vouga,      de      de

O Titular dos dados pessoais

---

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro sob compromisso de honra que não aufero outros rendimentos para além dos declarados (tanto no país como no estrangeiro) e que tomei conhecimento e aceito o disposto no regulamento municipal do cartão 65 + comprometendo-me a cumprir as suas disposições.

Assinatura: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS	
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>	
SOFRE DE DOENÇAS QUE NECESSITAM DE CUIDADOS ESPECIAIS?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
SE SIM, QUAIS:	€
NOME DO MÉDICO DE FAMÍLIA:	
<b>RENDIMENTOS</b>	
TOTAL DE RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR	€
N.º ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR	
DESPESAS FIXAS MENSUAIS	€
RENDIMENTO <i>PER CAPITA</i> MENSAL	€

Mediante o estabelecido no Regulamento do Cartão 65 +, e face às informações prestadas no quadro anterior, o requerimento encontra-se Deferido

Indeferido  pelo incumprimento das seguintes condições:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À consideração superior,

A Técnica da Ação Social

DEFERIDO

INDEFERIDO

O Presidente da Câmara

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

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