

Nº \_\_\_\_\_

Data de entrada

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

## COMPARTICIPAÇÃO EM DESPESAS DE DESLOCAÇÃO

Para efeitos de habilitação à comparticipação regulamentar em despesas de deslocação para assistência clínica declaro que o benef<sup>o</sup> ..... nº ..... necessitou de se deslocar no dia ...../...../..... por inexistência / inviabilidade / incapacidade de acesso de meios técnicos e / ou humanos no local da sua residência em ..... para ..... com a finalidade de ..... conforme justificativos que anexo:

Mais informa que o beneficiário se deslocou em:

- Transporte público colectivo cujos bilhetes se anexam
- Viatura particular

Beneficiário Titular Nº	Nome do Beneficiário Titular	Banco	Localidade

Assinatura do Beneficiário .....

A preencher pelos serviços dos S.A.M.S.

Conferido ..... Cod. .... Comp. Atribuída € .....