

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^o 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 be neficiário 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 SAMS SBC

Conferido Cod. Comp. Atribuida €