

## APOIO FINANCEIRO PARA CONSULTAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES MÉDICOS

Processo n.º Nome do/a requerente

--	--

Morada

--

Código-postal

Freguesia

Concelho

--	--	--

N.º	Variáveis	Categorias	Pontos	Classificação
1	Situação clínica	doenças graves e agudas	4	
		restantes patologias	2	
2	Rendimentos/situação económica	< 1 IAS	3	
		> 1 IAS	1	

Nome do/a funcionário/a

Total

--	--

Assinatura

Data

--	--	--