



**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL**  
**INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS**  
 ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

**Anexo A**

**Boletim**     **Inscrição**     **Renovação**    **Ramo:** \_\_\_\_\_ **Posto Atendimento**

---

**Quadro I**  
**Identificação do Titular**                      **N.º Identificação BI/CI** \_\_\_\_\_  
**Data Validade**                      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**N.º de Beneficiário :** \_\_\_\_\_

---

**Nome Completo:** \_\_\_\_\_  
**Posto:** \_\_\_\_\_ **Situação** \_\_\_\_\_ **Estado civil:** \_\_\_\_\_  
**Data Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Termo do Último Contrato (se aplicável):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**NIB:** : \_\_\_\_\_ **Nº de Contribuinte:** \_\_\_\_\_  
**Morada:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Quadro II – Identificação da (s) pessoa (s) para quem é (são) requerido (s) Cartão**

**Cônjuge/União de Facto**  **Filhos Menores**  **Ascendentes**  **Descendentes**  **Outros**

**Filhos Maiores**                       **Entre 18 e 26 Anos com Frequência de Ensino Nível Médio ou Superior**  
 **Incapacitados / Interditos / Inabilitados**  
 **Incapacitados / Interditos / Inabilitados (após os 18 anos)**  
 **Outros**

**1. Nome completo:** \_\_\_\_\_  
**NIB:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**N.º de Benef.:** \_\_\_\_\_ **Data Nascim.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_  
**Parentesco:** \_\_\_\_\_  
**Morada:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2. Nome completo:** \_\_\_\_\_  
**NIB:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**N.º de Benef.:** \_\_\_\_\_ **Data Nascim.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_  
**Parentesco:** \_\_\_\_\_  
**Morada:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**3. Nome completo:** \_\_\_\_\_  
**NIB:** \_\_\_\_\_  
**N.º de Benef.:** \_\_\_\_\_ **Data Nascim.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_  
**Parentesco:** \_\_\_\_\_  
**Morada:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Quadro III – Observações**

---



---



---



---



Anexo A

**Quadro IV – Declaração**

Declaro que as pessoas acima identificadas se encontram a meu exclusivo cargo e que as informações prestadas correspondem à verdade, obrigando-me a comunicar qualquer alteração que venha a reflectir-se nos direitos e regalias concedidos.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Quadro V – Documentação Anexa (conforme Tabela de Meios de Prova aplicáveis)**

- Certidão de Nascimento Narrativa Completa ou de Casamento
- Certidão de Nascimento
- Declaração de não ser beneficiário titular de outro regime de protecção social ou Declaração de opção pela ADM (quando legalmente permitido)
- Cartão de Beneficiário de Preço de Sangue
- Declaração de I.R.S conjunta acompanhada dos respectivos anexos ou Certidão de sentença judicial reconhecendo a união de facto ou Declaração de identidade e domicílio fiscal e declaração conjunta da junta de freguesia atestando a situação de união de facto
- Acordo de regulação do poder paternal
- Certidão de Nascimento Narrativa Completa com Interdição / Inabilitação averbada
- Sentença Judicial que decreta a Interdição / Inabilitação
- Certificado de matrícula emitido pelo estabelecimento de ensino ou cartão de estudante actualizado
- Declaração do centro distrital de solidariedade e segurança social da área de residência a atestar a situação perante a situação perante a segurança social
- Certidão de Domicílio Fiscal
- Fotocópia do último recibo de Pensão (ou Pensões, se recebe mais do que uma )
- Sentença Judicial que decreta Tutela ou Decisão Administrativa emitida pela Entidade Competente
- Autorização de residência ou do pedido da sua renovação ou BI de Cidadão nacional (para pessoas de nacionalidade estrangeira que vivam em união de facto com o beneficiário titular)
- Declaração de Óbito
- Declaração da CGA onde se comprove a situação de pensionista de sobrevivência com indicação do nome do ex-titular
- Cédula pessoal ou bilhete de identidade do descendente
- Atestado médico passado e confirmado pelo delegado de saúde da área da residência, seu substituto ou director clínico do estabelecimento em que porventura se encontrem internados ou em tratamento ou declaração da entidade competente em como recebe o abono complementar para crianças e jovens ou o subsídio mensal vitalício
- Certidão de casamento do beneficiário titular com o progenitor do descendente ou prova da união de facto
- Sentença judicial que decreta a tutela ou decisão administrativa emitida pela entidade competente comprovando que foi confiado ao beneficiário titular ou ao cônjuge
- Cédula pessoal ou bilhete de identidade do tutelado, adoptado ou menor confiado
- Identificação do representante legal, sendo menor de idade
- Declaração de IRS comprovativa dos rendimentos
- Fotocópia do último recibo de todas as pensões recebidas
- Declaração do centro distrital de solidariedade e segurança social comprovativo da situação dos progenitores face à segurança social (sem inscrição ou com interrupção de contribuições por período superior a 12 meses)
- Declaração comprovativa de que o beneficiário titular recebe abono de família para crianças e jovens correspondente ao descendente a inscrever
- Declaração do centro distrital de solidariedade e segurança social a atestar a situação em termos de regime contributivo perante a segurança social – para os netos que tenham completado os 16 anos (independentemente dos progenitores se encontrarem ou não inscritos)
- Todos os documentos específicos para cada situação adstrita aos restantes descendentes
- Declaração de opção pela ADM
- Cópia do Cartão identificador de Beneficiário Titular da ADSE contendo o respectivo número
- Cópia do Cartão da Saúde do SNS contendo o respectivo Número de identificação (NISS) ou guia de substituição desse cartão
- 
-