



À  
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE BENEFICIÁRIOS  
DA ADSE  
APARTADO 50724  
EC SÃO JOÃO DE BRITO  
1700-999 LISBOA

**Declaração Anual de Rendimentos do Pensionista**  
**Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos**  
Portaria nº 728/2006 de 24 de Julho

**Identificação do Pensionista**

1. Nome Completo
2. Número de Pensionista
3. Número do Cartão de Utente
4. Número de Identificação Fiscal (NIF):
5. Número do Cartão de Identificação de Beneficiário da ADSE:

Declaro que no ano anterior não auferi rendimento ílquido, apurado para efeitos de IRS, de valor superior a 14 vezes o salário mínimo nacional.

Autorizo que os serviços competentes confirmem à ADSE a veracidade da presente Declaração.

Tomei conhecimento de que devo comunicar, de imediato, quaisquer alterações da informação prestada.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Data

**Assinatura do Pensionista:**

(Conforme documento de identificação)

Tipo de documento identificação: **BI**  **CC**  Nº