



IASFA/ADM

NORMAS PARA A ATRIBUIÇÃO DE CARTÃO DE REGIME ESPECIAL A BENEFICIÁRIOS DA ADM

A Portaria nº 650/2009 de 12 de Junho, veio estabelecer as condições para a atribuição do regime especial de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, destinado aos beneficiários pensionistas da Assistência na Doença dos Militares (ADM), cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida.

O fluxo documental a estabelecer, em função do disposto na Portaria nº 650/2009 de 12 de Junho, deve ser o seguinte:

- O beneficiário deve apresentar declaração e documento comprovativo, referidos no art.º 2* da mencionada Portaria, no IASFA/ADM;
- O IASFA /ADM aprecia os documentos apresentados, comunicando ao interessado - o beneficiário – a confirmação ou não do direito ao benefício;
- O IASFA/ADM, caso se verifique a confirmação do benefício, remete aos Ramos os originais dos documentos para efeitos de registo, na BD (meios de prova), emissão de novo cartão e arquivo no processo individual;
- O IASFA/ADM deve arquivar cópia dos documentos recepcionados.

* “Para o efeito referido no artigo anterior, os interessados devem apresentar documento comprovativo da sua qualidade de pensionista e do valor da pensão a declarar, conforme modelo** anexo à presente portaria:

1. Que não auferiram, no ano anterior, rendimento ilíquido, apurado para efeitos de IRS, superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida (RMMG);

2. Que autorizam, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Lei Geral Tributária, aprovada pelo Decreto –Lei n.º 398/98, de 17 de Dezembro, a confirmação dos pressupostos da concessão do presente benefício, sob pena de o mesmo ficar sem efeito22JUN09”

** Este documento encontra-se para impressão no site do IASFA /ADM.



IASFA-ADM
DECLARAÇÃO ANUAL DE RENDIMENTOS DO PENSIONISTA
Regime Especial de Participação de Medicamentos (RECM)
(PORTARIA n.º 650/2009-12 de Junho)

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Nome Completo: _____

Número de Pensionista: _____

Número do Cartão de Utente: _____

Número de Identificação Fiscal: _____

Número de Identificação de Beneficiário da ADM: _____

DECLARAÇÃO

Declaro que no ano anterior não auferi rendimento ilíquido, apurado para efeitos de IRS, de valor superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida (RMMG).

Autorizo que os serviços competentes confirmem ao IASFA 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.

As falsas declarações são puníveis nos termos da Lei.

_____, ____ de _____ de 200__.

*

**Assinatura do Beneficiário (conforme o BI)*