

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA  
**GUARDA NACIONAL REPUBLICANA**  
**COMANDO-GERAL**  
COMANDO DA ADMINISTRAÇÃO DOS RECURSOS INTERNOS  
DIRECÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA  
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

À  
DIRECÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA  
(DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA)  
DA GUARDA NACIONAL REPUBLICANA  
AVENIDA INFANTE D. HENRIQUE, N.º 18  
1100-282 - LISBOA

**Declaração Anual de Rendimentos do Pensionista**  
**Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos**

Portaria n.º 728/2006, de 24 de Julho

Portaria n.º 1319/2010, de 28 de Dezembro

**Identificação do Pensionista:**

1. Nome Completo: \_\_\_\_\_
2. Número de Pensionista: \_\_\_\_\_
3. Número do Cartão de Utente do SNS: \_\_\_\_\_
4. Número de Identificação Fiscal (NIF): \_\_\_\_\_
5. Número do Cartão de Identificação de Beneficiário do SAD/GNR: \_\_\_\_\_

Declaro que no ano civil anterior, a totalidade dos rendimentos por mim auferidos e pelo meu agregado familiar (nos termos do Art.º 4 do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho), não excedeu 14 vezes a retribuição mínima mensal atribuída em vigor ou 14 vezes o valor indexante dos apoios sociais em vigor, quando este ultrapassar aquele montante.

Autorizo de forma livre, específica e inequívoca que os serviços competentes confirmem ao SAD/GNR a veracidade da presente declaração, designadamente informação fiscal e bancária para efeitos de comprovação do rendimento para determinação da condição de recursos.

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 Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade)

N.º B.I., ou Cartão de Cidadão \_\_\_\_\_ Emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_