CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE APOIO À RECUPERAÇÃO NO INTERNAMENTO HOSPITALAR POR DOENÇA

(DEVE SER APRESENTADO NO PRAZO DE 4 MESES A PARTIR DO DIA DA ALTA HOSPITALAR)

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CAIXA DE PREVIDÊNCIA _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TELEF._____ FAX _____

2. REQUER BENEFÍCIO DE APOIO À RECUPERAÇÃO EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

DOENÇA ☐ INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ☐ ACIDENTE DE VIAÇÃO ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐

3. LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR:

O INTERNAMENTO TEVE LUGAR EM: CLÍNICA ☐ HOSPITAL ☐ _____

DATA (____/____/_____) E HORA (_____ : _____) DO INTERNAMENTO

DATA (____/____/_____) E HORA (_____ : _____) DA ALTA HOSPITALAR

4. PARA EFEITO DE ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO ORA REQUERIDO, DECLARO SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE:

a) Encontro-me inscrito/a na CPAS há mais de 1 ano;

b) Encontro-me inscrito/a como beneficiário ordinário e não se verifica um atraso no pagamento das contribuições superior a 120 dias;

c) O motivo do internamento cujo apoio à recuperação requeiro decorre de facto que **envolve a responsabilidade de terceiro**? SIM ☐ NÃO ☐

d) Sendo o internamento decorrente de facto de terceiro que envolva obrigação de indemnizar, comprometo-me a restituir à CPAS o benefício que me for concedido logo que indemnizado e a avisar a CPAS desse facto, nos termos do Artigo 6.º do Regulamento de Atribuição do Benefício.

5. PARA MAIOR COMODIDADE E RAPIDEZ NO RECEBIMENTO DO MEU BENEFÍCIO INDICO O MEU NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA:

NIB |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOME DO TITULAR DA CONTA: _____

_____, _____ de _____ de _____

CONFIRMAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, (*)

(Assinatura e Carimbo)
* PODE SER SUBSTITUIDO POR DECLARAÇÃO HOSPITALAR

O BENEFICIÁRIO REQUERENTE,

(Assinatura)