



REQUERIMENTO PARA PAGAMENTO DO TEMPO DA SUSPENSÃO PROVISÓRIA

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CPAS _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. [][][][]-[][][] TELEF. _____ FAX _____

VEM REQUERER

Ao abrigo, nos termos e para os efeitos do ARTIGO 5.º-A do RCPAS, o pagamento das contribuições correspondentes ao tempo em que vigorou a Suspensão Provisória dos efeitos da Inscrição Inicial, pelo _____ escalão.

_____, _____ de _____ de _____

O/A Beneficiário/a

(Assinatura igual à do Bilhete de Identidade)