

REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INTERNAMENTO 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 COMPARTICIPAÇÃO POR MOTIVO DE INTERNAMENTO DE: (preencher se for caso disso)

2.1. NOME COMPLETO	_____		
2.2. NA QUALIDADE DE: CÔNJUGE	<input type="checkbox"/>	FILHO MENOR	<input type="checkbox"/>

3. EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

3.1. DOENÇA DO PRÓPRIO BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/>	3.2. DOENÇA DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/>
3.3. DOENÇA DOS FILHOS MENORES DO BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/>	3.4. MATERNIDADE DA PRÓPRIA BENEFICIÁRIA	<input type="checkbox"/>
3.5. MATERNIDADE DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/>		

4. AS DESPESAS CUJA COMPARTICIPAÇÃO REQUEIRO FORAM, OU VÃO SER, EM PARTE OU NA TOTALIDADE, COMPARTICIPADAS TAMBÉM POR:

4.1. SEGURO DE GRUPO IMPÉRIO	<input type="checkbox"/>	4.2. A. D. S. E.	<input type="checkbox"/>	4.3. OUTRO SEGURO	<input type="checkbox"/>
4.4. OUTRO SERVIÇO SOCIAL	<input type="checkbox"/>	4.5. SINDICATO	<input type="checkbox"/>	4.6. EMPRESA	<input type="checkbox"/>
4.7. OUTRA ENTIDADE	<input type="checkbox"/>	4.8. SERV. MÉDICO-SOCIAIS	<input type="checkbox"/>	SEM COMPARTICIPAÇÃO	<input type="checkbox"/>

* CASO HAJA COMPARTICIPAÇÃO, SOLICITA-SE O ENVIO DE DOCUMENTO COMPROVATIVO DO MONTANTE ATRIBUÍDO.

5. LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR:

5.1. O INTERNAMENTO TEVE LUGAR EM :	<input type="checkbox"/> CLÍNICA	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	_____	
5.2. PERÍODO EM QUE SE VERIFICOU O INTERNAMENTO:	DE	____/____/____	A	____/____/____

_____, _____ de _____ de _____

O ESTABELECIMENTO HOSPITALAR,



