CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PROTOCOLO DE ACORDO ENTRE CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES E A COMPANHIA DE SEGUROS IMPÉRIO

A PREENCHER PELO BENEFICIÁRIO

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 ☐ FILHO MENOR ☐

3. EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

3.1. DOENÇA DO PRÓPRIO BENEFICIÁRIO ☐

3.2. DOENÇA DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO ☐

3.3. DOENÇA DOS FILHOS MENORES DO BENEFICIÁRIO ☐

3.4. MATERNIDADE DA PRÓPRIA BENEFICIÁRIA ☐

3.5. MATERNIDADE DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO ☐

PERÍODO EM QUE SE VERIFICOU O INTERNAMENTO_____/_____/_____ A _____/_____/_____

4. PARA MAIOR COMODIDADE E RAPIDEZ NO RECEBIMENTO DO SEU BENEFÍCIO, INDIQUE O SEU NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA:

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

NOME DO TITULAR DA CONTA: _____

_____,_____ de _____ de_____

O BENEFICIÁRIO REQUERENTE,

MOD. 4 CPAS 94

_____
(Assinatura)