CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO POR NASCIMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CAIXA DE PREVIDÊNCIA _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TEL. _____ FAX _____

1.1. SE AMBOS OS PAIS SÃO BENEFICIÁRIOS DA CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES IDENTIFIQUE, EM SEGUIDA, O OUTRO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CAIXA DE PREVIDÊNCIA _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____-_____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL_____--_____

LOCALIDADE _____ COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TEL. _____ FAX _____

2. BENEFÍCIO REQUERIDO:

BENEFÍCIO IGUAL A UM SALÁRIO MÍNIMO NACIONAL PELO NASCIMENTO DE UM FILHO COM VIDA.
O NASCIMENTO TEVE LUGAR A _____/_____/_____ , CONFORME A RESPECTIVA CERTIDÃO QUE JUNTA.

3. CONJUGAÇÃO COM OUTROS BENEFÍCIOS:

3.1. FOI REQUERIDA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INT. HOSPITALAR POR MATERNIDADE? SIM ☐ NÃO ☐

3.2. SENDO A MÃE BENEFICIÁRIA, FOI REQUERIDO BENEFÍCIO POR MATERNIDADE? SIM ☐ NÃO ☐

4. DECLARO SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE:

4.1. ENCONTRO-ME INSCRITO NA CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES HÁ MAIS DE UM ANO COM PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES.

4.2. ENCONTRO-ME INSCRITO COMO BENEFICIÁRIO ORDINÁRIO E NÃO SE VERIFICA UM ATRASO NO PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES SUPERIOR A CENTO E VINTE DIAS.

4.3. CONHEÇO AS CONDIÇÕES EM QUE ME É ATRIBUÍDO PELA CAIXA DE PREVIDÊNCIA O BENEFÍCIO QUE REQUEIRO.

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/S BENEFICIÁRIO/S,

_____ (Assinatura)

_____ (Assinatura)