CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

# REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE FUNERAL

**1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE QUE SUPORTOU AS DESPESAS**:

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

MORADA _____

LOCALIDADE_____COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TEL._____ FAX _____

**2. GRAU DE PARENTESCO:**

CÔNJUGE ☐ FILHO ☐ OUTRO ☐

OBS. A COMPARTICIPAÇÃO SERÁ ATRIBUÍDA A QUEM SUPORTOU AS DESPESAS

**3. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO PELO QUAL É REQUERIDA A COMPARTICIPAÇÃO**:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DATA DO ÓBITO _____/_____/_____

**4. AO PRESENTE REQUERIMENTO DEVERÃO SER JUNTOS OS SEGUINTES DOCUMENTOS**:

1- CERTIDÃO DE ÓBITO 2- RECIBO DA AGÊNCIA FUNERÁRIA, OU FOTOCÓPIA AUTENTICADA

⟹ CASO TENHAM SIDO JÁ ENVIADOS, INDICAR QUAL, OU QUAIS _____

_____

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 REQUERENTE,

_____

MOD. 9 CPAS 94 (Assinatura)