

**REQUERIMENTO PARA
SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES
(Artigo 81.º-A do RCPAS)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A):

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO(A) DA CPAS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
NOME COMPLETO _____
E-MAIL _____
DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____
COD.POST. _ _ _ _ _ - _ _ _ LOCALIDADE _____ TLF. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
TELEMÓVEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. REQUER A SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES POR:

DOENÇA GRAVE <input type="checkbox"/> (PREENCHER O N.º 3)
SITUAÇÃO PARTICULAR DE PARENTALIDADE <input type="checkbox"/> (PREENCHER O N.º 4 e seguintes)

3. DOENÇA GRAVE:

3.1. ESTADO DO PEDIDO:

<input type="checkbox"/> PEDIDO INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO
--

3.2. DATA INICIAL (MÊS/ANO): |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|

3.3. DURAÇÃO DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES:

<input type="checkbox"/> 1 MÊS <input type="checkbox"/> 2 MESES <input type="checkbox"/> 3 MESES
--

4. SITUAÇÃO PARTICULAR DE PARENTALIDADE:

4.1. ESTADO DO PEDIDO:

<input type="checkbox"/> PEDIDO INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO
--

4.2. AMBOS OS PAIS SÃO BENEFICIÁRIOS DA CPAS?

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (PASSAR PARA O N.º 5)

4.3. AMBOS OS BENEFICIÁRIOS PRETENDEM OPTAR PELO GOZO ALTERNADO?

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (PASSAR PARA O N.º 5)

V.S.F.F. →

4.4. IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) QUE GOZARÁ ALTERNADAMENTE A SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO(A) DA CPAS _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
NOME COMPLETO _____
E-MAIL _____
DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____
COD.POST. _ _ _ _ _ _ _ _ LOCALIDADE _____ TLF. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
TELEMÓVEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

4.5. PERÍODO DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES:

MÊS/ANO	A GOZAR PELO(A) BENEFICIÁRIO(A) N.º
_ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _

NOTA: CADA BENEFICIÁRIO(A) PODE OPTAR POR UM PERÍODO MÍNIMO DE 1 MÊS E, CONJUNTAMENTE, NÃO PODEM ULTRAPASSAR O PERÍODO MÁXIMO DE 3 MESES

5. SE APENAS UM(A) BENEFICIÁRIO(A) OPTAR PELO GOZO DA SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO:

5.1. DATA INICIAL (MÊS/ANO): |_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|

5.2. NÚMERO DE MESES A GOZAR PELO(A) BENEFICIÁRIO(A):

<input type="checkbox"/> 1 MÊS	<input type="checkbox"/> 2 MESES	<input type="checkbox"/> 3 MESES
--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

6. PARA EFEITO DE INSTRUÇÃO DO REQUERIMENTO, JUNTA(M):

- ✓ Fotocópia do(s) documento(s) de identificação ou, alternativamente, sua exibição nos serviços da CPAS
- ✓ Certificado(s) de incapacidade temporária emitido(s) pelo médico do serviço de saúde competente
- ✓ Comprovativo(s) dos rendimentos anuais ou fotocópia(s) da última(s) declaração(ões) de IRS e respectiva(s) nota(s) de liquidação
- ✓ Fotocópia da certidão de nascimento do(a)s filho(a)s ou da sentença da adopção ou, no caso de gravidez, comprovativo desse estado

_____, ____ de _____ de _____

O(s) Beneficiário(s) Requerente(s)

(ASSINATURA IGUAL À DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO)