

**REQUERIMENTO PARA  
REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO**  
(Artigo 81.º-B 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 REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO 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 REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO:**

<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 REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO:**

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 REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO:**

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 REDUÇÃO TEMPORÁRIA DO ESCALÃO CONTRIBUTIVO:**

**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)