

## REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO POR NASCIMENTO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

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

### 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 CPAS	_____
NOME COMPLETO	_____
DOMICÍLIO PROFISSIONAL	_____
LOCALIDADE	_____ COD.POST.    _     _     _     _    TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
E-MAIL	_____ NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL    _     _     _     _     _

### 2. NASCIMENTO:

O NASCIMENTO TEVE LUGAR EM ____ / ____ / _____, CONFORME A RESPECTIVA CERTIDÃO QUE JUNTA.
---

### 3. CONJUGAÇÃO COM OUTROS BENEFÍCIOS:

3.1. FOI REQUERIDA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INT. HOSPITALAR POR MATERNIDADE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
3.2. SENDO A MÃE BENEFICIÁRIA, FOI REQUERIDO BENEFÍCIO POR MATERNIDADE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

### 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;
- 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:**

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA	
IBAN:	_     _     _     _     _     _     _     _     _     _     _     _     _     _     _
SWIFT BIC:	_     _     _     _     _     _     _

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**O/S BENEFICIÁRIO/S.**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)