

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE APOIO À RECUPERAÇÃO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Número de Beneficiário	_____		
Nome Completo	_____		
Telefone	_____	Telemóvel	_____
E-Mail	_____		
Número de Identificação Fiscal	_____		
Morada	_____		
Código Postal	_____	Localidade	_____

2 MOTIVO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

Doença Intervenção Cirúrgica Acidente de Viação Acidente de Trabalho

3 LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

Nome do Hospital ou Clínica	_____									
Data	____	____	____	e hora	____	:	____	do internamento		
	Ano	Mês	Dia							
Data	____	____	____	e hora	____	:	____	da alta hospitalar		
	Ano	Mês	Dia							

4 PARA EFEITO DE ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO ORA REQUERIDO, declaro sob compromisso de honra que:

- a) O motivo do internamento decorre de facto que **envolve a responsabilidade de terceiro** Sim Não
- Sendo o internamento decorrente de facto de terceiro que envolva obrigação de indemnizar, comprometo-me a restituir à CPAS o benefício que me for concedido logo que indemnizado e a avisar a CPAS desse facto, nos termos do artigo 6.º do *Regulamento do benefício de apoio à recuperação*.
- b) O internamento não foi motivado por qualquer das causas a que se referem as alíneas a) e b) do artigo 4.º do *Regulamento do benefício de apoio à recuperação*.
- c) Caso a situação que motivou o internamento tenha implicado ou venha a implicar uma incapacidade para o trabalho que seja objecto de efectiva comparticipação no quadro do contrato de seguro de grupo **CPAS - Plano de Protecção de Rendimentos por acidente ou doença**, me comprometo a restituir à CPAS o benefício que me for concedido logo que indemnizado pela seguradora e avisar a CPAS desse facto, nos termos da alínea c) do artigo 4.º do *Regulamento do benefício de apoio à recuperação*.

5 IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

Banco	_____
IBAN	_____
SWIFT BIC:	_____

Declaro que a conta indicada no documento em anexo é (assinale com X a opção correcta):

do próprio de terceiro ⁽¹⁾

⁽¹⁾(Assinatura(s) do(s) Titular(es) da conta conforme documento de identificação válido)

