

REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

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

2. REQUER COMPARTICIPAÇÃO POR MOTIVO DE INTERNAMENTO DE: (preencher se for caso disso)

| | |
|--|--------------------------------------|
| 2.1. NOME COMPLETO _____ | |
| 2.2. NA QUALIDADE DE: CÔNJUGE <input type="checkbox"/> | FILHO MENOR <input type="checkbox"/> |

3. EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

| | |
|---|---|
| 3.1. DOENÇA DO PRÓPRIO BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> | 3.2. DOENÇA DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> |
| 3.3. DOENÇA DOS FILHOS MENORES DO BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> | 3.4. MATERNIDADE DA PRÓPRIA BENEFICIÁRIA <input type="checkbox"/> |
| 3.5. MATERNIDADE DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> | |

4. AS DESPESAS CUJA COMPARTICIPAÇÃO REQUEIRO FORAM, OU VÃO SER, EM PARTE OU NA TOTALIDADE, COMPARTICIPADAS TAMBÉM POR:

| | | |
|--|--|--|
| 4.1. A. D.S. E. <input type="checkbox"/> | 4.2. OUTRO SEGURO <input type="checkbox"/> | 4.3. OUTRO SERVIÇO SOCIAL <input type="checkbox"/> |
| 4.4. SINDICATO <input type="checkbox"/> | 4.5. EMPRESA <input type="checkbox"/> | 4.6. OUTRA ENTIDADE <input type="checkbox"/> |
| 4.7. SERV. MÉDICO-SOCIAIS <input type="checkbox"/> | SEM COMPARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> | |

* CASO HAJA COMPARTICIPAÇÃO, SOLICITA-SE O ENVIO DE DOCUMENTO COMPROVATIVO DO MONTANTE ATRIBUÍDO.

5. LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR:

| |
|--|
| 5.1. O INTERNAMENTO TEVE LUGAR EM : <input type="checkbox"/> CLÍNICA <input type="checkbox"/> HOSPITAL _____ |
| 5.2. PERÍODO EM QUE SE VERIFICOU O INTERNAMENTO: DE ____/____/____ A ____/____/____ |

