CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

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

(DEVE SER APRESENTADO NO PRAZO DE 4 MESES A PARTIR DO DIA DA ALTA 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 BENEFÍCIO DE APOIO À RECUPERAÇÃO EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

DOENÇA ☐ INTERVENÇÃO CIRÚRGICA ☐ ACIDENTE DE VIAÇÃO ☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐

3. LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR:

O INTERNAMENTO TEVE LUGAR NO HOSPITAL _____

DATA (___/___/_____) E HORA (____ : ____) DO INTERNAMENTO

DATA (___/___/_____) E HORA (____ : ____) DA ALTA HOSPITALAR

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 ☐

b) 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 5.º do Regulamento do Benefício de apoio à recuperação.

c) O internamento não foi motivado por qualquer das causas a que se refere o artigo 4.º do Regulamento do Benefício de apoio à recuperação.

5. IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA:

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SWIFT BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

_____, _____ de _____ de _____

O BENEFICIÁRIO REQUERENTE,

_____

(Assinatura)

MOD. 10 - CPAS

Largo de S.Domingos, 14- 2.º
1169-060 LISBOA . PORTUGAL
NIPC 500 745 439

Telef. 218 813 400 Fax 218 813 499/495
cpas@cpas.org.pt | www.cpas.org.pt