

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

Antes de preencher ler bem as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Número de Beneficiário	<input type="text"/>		
Nome Completo	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		
Número de Identificação Fiscal	<input type="text"/>		

2 MOTIVO DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

Doença Intervenção Cirúrgica Acidente de Viação Acidente de Trabalho

3 LOCAL DO INTERNAMENTO HOSPITALAR

Nome do Hospital ou Clínica	<input type="text"/>									
Data	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	e hora	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	do internamento
	Ano		Mês		Dia					
Data	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	e hora	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>	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 5.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	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
SWIFT BIC:	<input type="text"/>
Declaro que a conta indicada no documento em anexo é (assinale com X a opção correcta):	
<input type="radio"/> do próprio	<input type="radio"/> de terceiro
<input type="text"/>	
(Assinatura do Titular da conta, igual à da ficha bancária)	

