



PREENCHA DE PREFERÊNCIA EM COMPUTADOR. SE PREENCHER MANUALMENTE, USE LETRA DE IMPRENSA
LEIA COM ATENÇÃO O REGULAMENTO DO FUNDO DE ACÇÃO SOCIAL ANTES DE PREENCHER O FORMULÁRIO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (QUADRO DE PREENCHIMENTO TOTAL OBRIGATÓRIO EM TODAS AS SITUAÇÕES)

Nome do Sócio		Beneficiário da ADSE n.º			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Sócio n.º	<input type="text"/>	Categoria	<input type="text"/>		
Local de Trabalho	<input type="text"/>		Telef.	<input type="text"/>	
Residência	<input type="text"/>				
Código Postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Telef.	<input type="text"/>
Endereço de correio electrónico	<input type="text"/>				

Destinatário do benefício (se diverso do sócio, indicar o nome no quadro 2)

O sócio O Cônjuge, referido no quadro 2 O filho indicado na posição do quadro 2

2 - CONSTITUIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR PARA ALÉM DO REQUERENTE

	Nome(s)	Idade	Regime de Protecção Social	
			Entidade	N.º de Beneficiário
Co	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 - FIM A QUE SE DESTINA O PEDIDO

ASSINALE COM UM "X" APENAS A OPÇÃO PRETENDIDA E PREENCHA OS RESPECTIVOS QUADROS

- Participação em doenças crónicas - artºs 6º a 11º (Quadro 5)
 Recuperação de vencimento de exercício perdido - artºs 12º e 13º (Quadro 6)

Fundo de Apoio Imediato

(além dos quadros obrigatórios, preencha integralmente os quadros 2 e 4)

- Apoio de Emergência - artºs 14º a 25º (Quadro 7)
 Meios auxiliares de diagnóstico, próteses, ortóteses - artºs 14º a 19º e 26º a 30º (Quadro 7)

4 - RENDIMENTOS MENSIS ILÍQUIDOS DO AGREGADO FAMILIAR

TITULAR DOS RENDIMENTOS	REMUNERAÇÃO MENSAL ILÍQUIDA	OUTROS RENDIMENTOS MENSIS ILÍQUIDOS	SOMA
Sócio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cônjuge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rendimento mensal Per Capita :)=

5 - PARTICIPAÇÃO EM DOENÇAS CRÓNICAS

O destinatário é Sócio Familiar / Está inscrito no Seguro de Doença Sim Não

É o primeiro recurso à participação em doença crónica Sim Não

Importâncias totais dispendidas Participação do Seguro de Doença

Junta os documentos comprovativos da despesa realizada e fotocópia do respectivo receituário

6 - RECUPERAÇÃO DE VENCIMENTO DE EXERCÍCIO PERDIDO

Ano a que se refere o pedido Quotas pagas no ano a que respeita o pedido

Valor perdido Valor recuperado através do Cofre de Previdência

Documentos Anexos Declaração do Serviço Processador de Vencimentos

Cópia do pedido de R.V.E.P. (n.º 4 art.º 27º D.L. 497/88 de 30/12)

Cópia do pedido de recuperação efectuado ao Cofre de Previdência

Cópia da resposta do Cofre de Previdência

7 - FUNDO DE APOIO IMEDIATO

O destinatário é Sócio Familiar / Está inscrito no Seguro de Doença Sim Não

Área no Fundo de Apoio Imediato a que recorre

Apoio de Emergência para custear acção clínica a realizar e a seguir descrita resumidamente

Meios Auxiliares de Diagnóstico

Prótese

Ortótese

Descrição sumária do meio auxiliar de diagnóstico, prótese ou ortótese

Documentos que anexa	Discriminação da Despesa
----------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/> Documento comprovativo da despesa a realizar (factura ou orçamento)	<input type="text"/>
--	----------------------

<input type="checkbox"/> Documento médico comprovativo da acção clínica a realizar	<input type="text"/>
--	----------------------

<input type="checkbox"/> Receita / Requisição de meios auxiliares de diagnóstico	<input type="text"/>
--	----------------------

<input type="checkbox"/> Receita / Requisição de Prótese ou Ortótese	<input type="text"/>
--	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

Total da despesa conforme documentos

Importância que solicita

Prazo de pagamento meses

8 - DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

(De preenchimento obrigatório para todas as situações)

Declaro por minha honra serem totalmente verdadeiras e não conterem omissões, todas as declarações constantes do presente boletim. Declaro igualmente, que aceito as condições do Regulamento do Fundo de Acção Social aplicáveis ao pedido formulado.

_____, _____ de _____ de _____

O Requerente,

CONFIRMAÇÃO DO S.T.I. - NÃO ESCREVER NADA NESTA ÁREA