



1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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"/>		
Nº Funcionário	<input type="text"/>	Nº CGA	<input type="text"/>	NIF	<input type="text"/>		
Endereço de correio electrónico	<input type="text"/>						
Destinatário do benefício:							
<input type="checkbox"/>	O sócio	<input type="checkbox"/>	O Cônjuge, referido no quadro 2	<input type="checkbox"/>	O filho indicado na posição	<input type="checkbox"/>	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

- Apoio de Emergência
- Meios auxiliares de diagnóstico, próteses, ortóteses

4 - RENDIMENTOS MENSAIS ILÍQUIDOS DO AGREGADO FAMILIAR

TITULAR DOS RENDIMENTOS	REMUNERAÇÃO MENSAL ILÍQUIDA	OUTROS RENDIMENTOS MENSAIS 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 (<input type="text"/> : <input type="text"/>) = <input type="text"/>			

5 - 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	<input type="text"/>
Importância que solicita <input type="text"/>	Prazo de pagamento <input type="text"/> meses

6 - DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

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 201 ____

O Requerente,
