



REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE APOIO PRÓTESES OCULARES E PRÓTESES AUDITIVAS

PROCESSO Nº

1 - IDENTIFICAÇÃO DO/A SÓCIO/A

SÓCIO/A

NOME

CONTRIBUINTE

TELEFONE FIXO

CONTATO - LOCAL DE TRABALHO

TELEFONE MÓVEL

E-MAIL (Correio Eletrónico)

2 - REQUER APOIO

PRÓTESES AUDITIVAS

PRÓTESES OCULARES

3 - AS DESPESAS CUJO APOIO É REQUERIDO FORAM, EM PARTE, COMPARTICIPADAS TAMBÉM POR:

SERVIÇOS SOCIAIS CGD

SEGURO DE GRUPO

SEM COMPARTICIPAÇÃO

OUTRA ENTIDADE

4 - AO PRESENTE REQUERIMENTO DEVE JUNTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS

a) FOTOCÓPIA DOS RECIBOS RELATIVOS ÀS DESPESAS SUPOSTADAS NO VALOR DE EUROS

b) DOCUMENTO JUSTIFICATIVO DA PARTE SUPOSTADA POR SISTEMA DE SAÚDE, OU OUTRO, NO VALOR DE EUROS

5 - PARA EFEITO DE ATRIBUIÇÃO DO APOIO ORA REQUERIDO, DECLARO QUE, CONHEÇO AS CONDIÇÕES EM QUE ME É CONCEDIDO PELO STEC O APOIO QUE REQUEIRO, E QUE SÃO VERDADEIRAS AS DECLARAÇÕES CONTIDAS NESTE REQUERIMENTO.

DATA (Dia / Mês / Ano)

O/A SÓCIO/A - ASSINATURA

5 - PARA MAIOR COMODIDADE E RAPIDEZ NO RECEBIMENTO DO APOIO, INDIQUE O SEU NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA - NIB.

NIB

NOME DO TITULAR DA CONTA

A PREENCHER PELO STEC

RECEBIDO EM (Dia / Mês / Ano)

DELIBERADO EM (Dia / Mês / Ano)

SIM

NÃO

PELA DIREÇÃO

DATA DE ADMISSÃO NO STEC (Dia / Mês / Ano)

APOIO ATRIBUÍDO NO VALOR DE: