



## REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE APOIO CONSULTAS/SESSÕES DE PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

PROCESSO N°

### 1- IDENTIFICAÇÃO DO/A SÓCIO/A

SÓCIO/A

NOME

CONTRIBUINTE

TELEFONE FIXO

CONTACTO - LOCAL DE TRABALHO

TELEFONE MÓVEL

E-MAIL (Correio Eletrónico)

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

SERVIÇOS SOCIAIS CGD

SEGURADO DE GRUPO

SEM COMPARTICIPAÇÃO

OUTRA ENTIDADE

### 4 - AO PRESENTE REQUERIMENTO DEVE JUNTAR OS SEGUINTES DOCUMENTOS

a) FOTOCÓPIA DO RECIBO/FATURA RELATIVO À DESPESA COM A CONSULTA DE PSICOLOGIA OU PSICOTERAPIA NO VALOR DE  ,  EUROS

b) DOCUMENTO JUSTIFICATIVO DA PARTE SUPORTADA PELOS SERVIÇOS SOCIAIS; ENTIDADE SEGURADORA, OU OUTRA, NO VALOR DE  ,  EUROS

c) COMPROVATIVO DO IBAN

### 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 INTERNACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA - IBAN.

IBAN

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: