

PROCESSO N°

SÓCIO/A										NOME									
CONTRIBUINTE																			
TELEFONE FIXO										CONTACTO - LOCAL DE TRABALHO									
TELEFONE MÓVEL										E-MAIL (Correio Eletrónico)									

<input type="checkbox"/>	SERVIÇOS SOCIAIS CGD	
<input type="checkbox"/>	SEGURO DE GRUPO	
<input type="checkbox"/>	SEM COMPARTICIPAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	OUTRA ENTIDADE	

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

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

c) COMPROVATIVO DO IBAN

DATA (Dia / Mês / Ano) _____ O/A SÓCIO/A - ASSINATURA _____

IBAN

NOME DO TITULAR DA CONTA		

RECEBIDO EM (Dia / Mês / Ano)	DELIBERADO EM (Dia / Mês / Ano)	SIM	NÃO	PELA DIREÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE ADMISSÃO NO STEC (Dia / Mês / Ano)	APOIO ATRIBUÍDO NO VALOR DE:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			