



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

PROCESSO Nº

### 1- IDENTIFICAÇÃO DO/A SÓCIO/A

SÓCIO/A	NOME
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CONTRIBUINTE	
<input type="text"/>	
TELEFONE FIXO	CONTACTO - LOCAL DE TRABALHO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONE MÓVEL	E-MAIL (Correio Eletrónico)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

### 4 - AO PRESENTE REQUERIMENTO DEVE JUNTAR OS SEGUINTE 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

IBAN
<input type="text"/>
NOME DO TITULAR DA CONTA
<input type="text"/>

### A PREENCHER PELO STEC

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"/>			