



**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 Electrónico)

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

OUTRA ENTIDADE

4 - AO PRESENTE REQUERIMENTO DEVE JUNTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS

- a) FOTOCÓPIA DA RECEITA
- b) FOTOCÓPIA DOS RECIBOS RELATIVOS ÀS DESPESAS SUPORTADAS NO VALOR DE EUROS
- c) DOCUMENTO JUSTIFICATIVO DA COMPARTICIPAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PRÓPRIO, 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 DIRECÇÃO

DATA DE ADMISSÃO NO STEC (Dia / Mês / Ano) APOIO ATRIBUÍDO NO VALOR DE: