



NIPG:

Pendente:

Comunicação para efeitos de obtenção de benefícios da ADSE

I. Identificação / Dados pessoais	
N.º mecanográfico _____	
Nome _____	ADSE nº _____/CA

II. Tipo de despesa	
Próprio/a <input type="checkbox"/>	Descendente(s) <input type="checkbox"/>
Cônjuge <input type="checkbox"/>	
Nota: Selecionar uma ou mais opções	
Identificação do/a familiar	
Nome _____	ADSE nº _____/CA
Nome _____	ADSE nº _____/CA

III. Assistência médica e outras	
Médico(a)/ Estabelecimento	Valor pago
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
Total	_____ €

IV. Data e assinatura	
Data: ___/___/___	Assinatura: _____

V. Observações

VI. Classificação de despesas (Funcionário/a RH)			VII. Verificação de conformidade (Funcionário/a RH)
Código	Despesa	Comparticipação	
Total participação			
			VIII. Autorização de processamento (Vereador/a RH)