



SEGURANÇA SOCIAL

**REQUERIMENTO**  
**CONVERSÃO DO SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO NA**  
**PRESTAÇÃO SOCIAL PARA A INCLUSÃO**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**2. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE PAGADORA DO SUBSÍDIO MENSAL VITALÍCIO**

Nome completo da entidade \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**3. ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE (A preencher se o requerimento não for apresentado pelo beneficiário)**

**3.1 Identificação**

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**3.2 Outros elementos**

**Assinale com X a situação do requerente, relativamente ao beneficiário**

- Representante legal  Pessoa que preste ou se disponha a prestar assistência ao beneficiário  Procurador

**Os dados constantes deste documento são registados no Sistema de Informação da Segurança Social.**  
**As falsas declarações e omissões são punidas nos termos da lei.**

