



### Dados do beneficiário

#### 1.1. Identificação

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano      mês      dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Indique o subsídio/abono/apoio/prestação/medida/complemento ou pensão cujo pagamento pretende autorizar a terceiro:

Exemplo: Complemento Solidário para Idosos

#### 1.2. Motivo do impedimento

- Encontro-me fisicamente incapacitado/a por doença ou deficiência
- Encontro-me internado/a em estabelecimento de apoio social ou equiparado
- Encontro-me a cumprir pena de prisão ou outra medida privativa de liberdade
- Outro:

#### 1.3. Período do impedimento

- Temporário
- Permanente (sem limite de tempo)

Se respondeu **temporário**, indique o período: de

-  -  a  -  -

ano      mês      dia      ano      mês      dia

### Dados da pessoa autorizada (terceiro)

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano      mês      dia

Morada

Localidade

Código Postal

Telemóvel ou telefone

E-mail

Indique a relação com o beneficiário:

- Representante legal
- Tutor
- Acompanhante (Regime Jurídico do Maior Acompanhado)
- Cuidador informal
- Outra:

### Modalidade de pagamento

Indique a modalidade de pagamento:

**Transferência bancária**, para o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN) da pessoa autorizada:

Exemplo: PT50 1234 5678 12345678901 23

**Vale de correio** (no caso das pensões, a autorização só se aplica ao levantamento do vale de correio)

### Declaração

**Declaro** que autorizo a pessoa identificada no [quadro 2](#) a receber os pagamentos do meu subsídio/abono/apoio/prestação/medida/complemento ou pensão.

**Data**

 -  -   
ano mês dia

**Assinatura**

Assinatura do beneficiário ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o beneficiário não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

### Informações

#### Documentos a apresentar

- ▶ Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Passaporte ou Título de Residência) do beneficiário e da pessoa autorizada.
- ▶ Documento comprovativo do impedimento, conforme a situação indicada no [quadro 1](#):
  - ▷ Atestado médico que comprove a doença ou deficiência (não é necessário se o beneficiário receber da Segurança Social prestações sociais no âmbito da doença ou deficiência).
  - ▷ Documento comprovativo de internamento em estabelecimento de apoio social ou equiparado.
  - ▷ Documento comprovativo da pena de prisão ou da medida privativa de liberdade.
- ▶ Documento comprovativo de atribuição de poderes de representante legal, conforme a situação indicada no [quadro 2](#):
  - ▷ Procuração.
  - ▷ Sentença do Tribunal que designou o Tutor ou Acompanhante.
  - ⚠ Se estiver a aguardar a sentença de poderes de representante legal, deve entregar o documento comprovativo.
- ▶ Atestado da Junta de Freguesia ou informação dos Serviços Sociais que comprove que o beneficiário está a cargo da pessoa autorizada/cuida da sua alimentação, vestuário, saúde, e que esta é pessoa idónea, podendo ter ou não com o beneficiário relação familiar.
- ▶ Documento do banco, comprovativo do IBAN, onde conste obrigatoriamente o nome da pessoa autorizada como titular da conta.

### Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, I.P.-RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os serviços da Segurança Social comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados.

Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o site da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

### A preencher pela Segurança Social

Confirmando que a assinatura do/a  **Beneficiário**  **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão

Bilhete de Identidade

Passaporte

Outro

Número

Validade

 -  -   
ano mês dia

**Assinatura e carimbo**