

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

ano

mês

dia

a

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:

3

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)

4

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.

5

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 da instituição bancária comprovativo do IBAN.



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 a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo 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