



## ADSE

### Inscrição de Novos Beneficiários

1

#### Dados do candidato titular

#### Identificação

Nome \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Documento de identificação (BI/CC/Doc. Estrangeiro) nº  
\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ CGA ou NISS: \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

País residência \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Início Função na Universidade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Início Descontos ADSE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descendentes / Cônjuge	
NUB do titular: _____	
Nome do familiar: _____	
Data de nascimento ____/____/____	Sexo: _____
Doc. Identificação: _____	
NIF: _____	NISS: _____
Início Descontos ADSE: ____/____/____	
NUB do titular: _____	
Nome do familiar: _____	
Data de nascimento ____/____/____	Sexo: _____
Doc. Identificação: _____	
NIF: _____	NISS: _____
Início Descontos ADSE: ____/____/____	

Declaro que o(s) meu(s) descendentes não beneficia(m) de nenhum subsistema de saúde por parte da mãe / pai.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(assinatura)

**NOTA:** O formulário deverá ser preenchido, assinado e enviado à **Divisão de Recursos Humanos**