S. R.

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
DIRECÇÃO-GERAL DE PROTECÇÃO SOCIAL AOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ADSE)

BOLETIM DE ALTERAÇÃO

1 N.º ADSE / Sigla

2 Nome completo

ASSINALE com X o quadrado correspondente à alteração a efectuar e preencha os quadros respectivos

ALTERAÇÕES A ELEMENTOS IDENTIFICATIVOS

Código movimento 3

- Nome do beneficiário titular/familiar ☐
- Morada ☐
- NIB ☐
- Estado civil ☐
- ☐
- Ingresso no actual serviço processador ☐
- Aposentação ☐
- Pedido de segunda via do cartão de beneficiário ☐
- Rectificação de elementos de familiar ☐
- ☐

PREENCHA SÓ O(S) ELEMENTO(S) A ALTERAR
Beneficiário titular/familiar

1 Nome completo
2 Morada
3 Localidade
4 Código postal ... - –

5 N.º Identificação civil ☐

6 Data de nascimento

7 N.º Identificação fiscal (NIF)

8 Sexo: M ☐ F ☐

9 Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divor. ☐ Sep. jud. ☐

10 Identificação da Instituição Bancária
11 Banco
12 Agência
13 NIB

OUTROS ELEMENTOS DO BENEFICIÁRIO

14 N.º Subscritor C. G. A. / N.º Pensionista C. G. A.

15 Data de admissão na Função Pública

16 Data de entrada no actual serviço

17 Instrumento de mobilidade
- Concurso ..... ☐
- Requisição ..... ☐
- Transferência ... ☐
- ..... ☐

18 Ministério .....
19 Dir.-Geral ou equip. ....
20 Serviço .....

21 Serviço Processador
NIPC
Cód. ADSE

22 Classe de beneficiário (Sigla)
SS ☐ OA ☐ CA ☐ AC ☐ RA ☐ RM ☐ AM ☐ AP ☐ ☐☐

CANCELAMENTO OU SUSPENSÃO DA INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR

Código movimento 4

		Data			Data
• Saída/serviço processador	☐	___/___/___	• Licença ilimitada (exc. motivo doença)	☐	___/___/___
• Licença sem vencimento	☐	___/___/___	• Exoneração/demissão	☐	___/___/___
•	☐	___/___/___	•	☐	___/___/___

Código movimento 5

		Data			Data
• Perda dos requisitos legalmente exigidos ...	☐	___/___/___	• Falecimento	☐	___/___/___
•	☐	___/___/___	•	☐	___/___/___

MENCIONE SOMENTE O(S) FAMILIAR(ES) A QUE SE REFERE O MOVIMENTO

23 Par	N.º ADSE	24 Nome	25 Data de nascimento	26 Sexo

Falecimento do beneficiário titular/Data de falecimento ..... Código movimento 6

OBS.: _____

Data ___/___/___

Modelo n.º 1028 (Exclusivo da INCM, S. A.) INCM

1 001021 061000

(Assinatura do beneficiário titular/familiar sobrevivo)