



# Boletim de Inscrição BENEFICIÁRIO EXTRAORDINÁRIO

CARI/DAD  
Divisão de Assistência na Doença  
GNR

Todos os campos deste boletim são de preenchimento obrigatório

## 1 BENEFICIÁRIO TITULAR DO SAD/GNR

1.1 N.º |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| 1.2 Unidade/Estabelecimento/Órgão Adstrito \_\_\_\_\_  
1.3 Nome \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## 2 BENEFICIÁRIO EXTRAORDINÁRIO

2.1 Nome \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
2.2 Morada \_\_\_\_\_  
2.3 Localidade \_\_\_\_\_ 2.4 Código Postal |\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|  
2.5 Estado Civil Casado(a)  Viúvo(a)  Divorciado(a)  Solteiro(a)  Separado(a) Judicialmente   
2.5.1 O Beneficiário extraordinário vive em união de facto: Sim  Não   
2.6 N.º B.I. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| 2.7 Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2.8 NIF |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
2.9 N.º Utente do SNS |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

## 3 OUTROS ELEMENTOS

3.1 Número da ADSE |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| 3.1.1. Data de emissão do Cartão ADSE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
3.2 Código Serviço Processador |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
3.3 Data de início do Contrato de Trabalho em Funções Públicas / Contrato Individual de Trabalho (CIT) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
3.4 Número de Subscritor CGA |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (Ver Instruções no verso)  
3.5 Número de Subscritor da Segurança Social |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (Ver Instruções no verso)  
3.6 Ministério \_\_\_\_\_  
3.7 Direção-Geral ou Equiparado \_\_\_\_\_  
3.8 Serviço \_\_\_\_\_  
3.9 Classe de Beneficiário (sigla) SS  OA  CA  AC  RA  RM  AM  AP

## 4 FAMILIARES OU EQUIPARADOS A TRANSFERIR

4.1 Parent.	4.2 N.º ADSE	4.3 Nome	4.4 Dt. Nasc.	4.5 Sexo
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		/ /	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		/ /	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		/ /	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _		/ /	

### Documentos a juntar:

#### Beneficiário extraordinário

- \* Fotocópia do cartão da ADSE;
- \* Fotocópia do B.I.
- \* Fotocópia do contrato de trabalho

#### Beneficiários familiares ou equiparados a transferir

- \* Fotocópia dos cartões da ADSE;
- \* Fotocópia dos B.I.

#### Beneficiário extraordinário que viva em União de Facto

- \* Declaração emitida pela junta de freguesia atestando a residência com o beneficiário titular há mais de 2 anos;
- \* Declaração de ambos os membros da união de facto, sob compromisso de honra, de que assumem a união e que esta perdura há mais de dois anos e que da sua eventual dissolução darão conhecimento à DSAD-DAD/GNR.

Ao assinar o presente boletim, declaro para os efeitos previstos no artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento expresso para o tratamento dos meus dados pessoais aqui contidos, com a estrita finalidade de inscrição/renovação do direito ao SAD/GNR e para efeitos de comparticipação de despesas no âmbito da assistência na doença, durante o período de tempo em que mantiver a condição de beneficiário do SAD/GNR. O presente consentimento pode, a qualquer momento, ser retirado por parte do titular dos dados, conforme previsto no n.º 3 do artigo 7.º do referido RGPD.

Data

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Extraordinário

\_\_\_\_\_

## CONFIRMAÇÃO DO SERVIÇO A QUE PERTENCE O BENEFICIÁRIO EXTRAORDINÁRIO

Trabalhador/Agente no Activo	Trabalhador/Agente Aposentado
<i>Disposição legal ao abrigo da qual foi admitido no Serviço:</i>	Aposentado ____ / ____ / ____
<i>Disposição no Serviço:</i>	<i>Situação face à Administração à data da Aposentação:</i>
Nomeação ..... <input type="checkbox"/>	Activo ..... <input type="checkbox"/>
Contrato por tempo indeterminado <input type="checkbox"/>	Licença ilimitada ..... <input type="checkbox"/>
Contrato a termo certo <input type="checkbox"/>	Exoneração/demissão ..... <input type="checkbox"/>
e data final do contrato ____ / ____ / ____	Diário da República, n.º ____, de ____ / ____ / ____

**O Responsável pela Confirmação (caso se trate de Trabalhador/Agente no Activo):**

Nome \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_

Confirmo o desconto legal do vencimento que será creditado para NIB a fornecer pela GNR a partir da data em que for comunicado a aceitação da inscrição.

*Assinatura autenticada com selo branco*

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

## PREENCHER PELO ORGÃO DE GESTÃO DE PESSOAL

_____, ____ de _____ de _____ <i>(Data de confirmação de registo de dados no Sistema)</i>	O Cmdt./Director/Chefe
_____	_____
_____	_____

## PREENCHER PELA DSAD-DAD/GNR

Lisboa, ____ de _____ de _____ <i>(Data da Aceitação na DSAD-DAD/GNR)</i>	O Chefe da DAD
_____	_____
_____	_____
Obs.:	
_____	
_____	

## INSTRUÇÕES

PREENCHA O IMPRESSO, SEM EMENDAS OU RASURAS, COM LETRAS MAIUSCULAS.

**3.4 e 3.5 - Um destes números é de preenchimento obrigatório**

**3.9 Classe de beneficiário (sigla)**

- SS - Funcionários e agentes dos serviços simples;
- OA - Funcionários e agentes dos organismos dotados de autonomia financeira ou verbas próprias para pagamento ao seu pessoal;
- CA - Funcionários e agentes da administração local;
- AC - Funcionários e agentes de serviços com acordos (capitação);
- RA - Funcionários e agentes da Região Autónoma dos Açores;
- RM - Funcionários e agentes da Região Autónoma da Madeira;
- AM - Funcionários e agentes aposentados da Região Autónoma da Madeira;
- AP - Funcionários e agentes aposentados.

**4.1 Grau de parentesco**

- C - Cônjuge;
- D - Descendente (filhos);
- AD - Adoptados;
- EN - Enteados;
- N - Netos;
- J - Confiados por via judicial;
- T - Tutelados;
- A - Ascendentes ou equiparados (pais, sogros, avós e adoptantes).