



Internos da Formação Específica

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA O INÍCIO DE FUNÇÕES

- Impresso de início de funções
- ⇒ 2 fotocópias do Bilhete de Identidade
- ⇒ Fotocópia do Cartão da Segurança Social
- ⇒ Fotocópia do Cartão de Contribuinte
- Ou**
- ⇒ 2 fotocópias do Cartão de Cidadão
- ⇒ Fotocópia do Certificado de Habilitações Literárias
- ⇒ Fotocópia do cartão da A.D.S.E. e preenchimento do impresso
- ⇒ Fotocópia do Cartão da Ordem dos Médicos
- ⇒ 2 comprovativos do Número de Identificação Bancária
- Convocatória para exame de admissão de Medicina do Trabalho
- Declaração de I.R.S. (Artigo 99.º do Código do I.R.S.)
- ⇒ Declaração de Apto do Ano Comum
- ⇒ Nota Biográfica
- ⇒ Guia de Vencimentos
- ⇒ Certidão de Documentos
- ⇒ 1 fotografia

<input type="checkbox"/> Autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão
<input type="checkbox"/> Não autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão
N.º Identificação Fiscal: <input type="text"/>
N.º Segurança Social: <input type="text"/>
N.º Utente de Saúde: <input type="text"/>

NOTA: Obrigatoriamente, devem ser preenchidas todas as folhas e anexados todos os documentos acima assinalados com a respetiva seta (⇒)

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



Declaração

Eu, _____, declaro que não exerço qualquer cargo ou função nos serviços do Estado, dos corpos e das pessoas colectivas de utilidade pública e administrativa, não ficando portanto abrangido(a) por quaisquer disposições legais relativas a incompatibilidades.

Lisboa, ___/___/_____

Assinatura

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



INÍCIO DE FUNÇÕES

RESERVADO	<input type="checkbox"/> QUADRO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/> PRESTAÇÃO SERVIÇOS <input type="checkbox"/> OUTROS _____ NÚMERO MECANOGRÁFICO _____ CATEGORIA _____ SERVIÇO _____ CENTRO CUSTO _____
	Obrigatório o preenchimento integral do impresso
	IDENTIFICAÇÃO NOME _____ DATA NASCIMENTO ____ - ____ - ____ ESTADO CIVIL _____ SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NATURALIDADE	FREGUESIA _____ CONCELHO _____ DISTRITO _____ NACIONALIDADE _____
	FILIAÇÃO PAI _____ MÃE _____
	MORADA RESIDÊNCIA E CONTATOS RUA/AV. _____ Nº/LOTE _____ ANDAR _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ____ - ____ DISTRITO _____ FREGUESIA _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
DOCUMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Não autorizo que seja disponibilizada cópia do meu Cartão de Cidadão.
	B.I./C.C. N.º ____ - ____ DATA DE EMISSÃO ____ - ____ - ____ N.º SEGURANÇA SOCIAL _____ N.º UTENTE SAÚDE _____ VALIDADE ____ - ____ - ____ ARQUIVO _____ CONTRIBUINTE N.º ____ CÓDIGO DA REPARTIÇÃO _____ TITULARES <input type="checkbox"/> N.º ORDEM PROFISSIONAL _____ EMITIDO EM ____ - ____ - ____ ORGANISMO EMISSOR _____ NOME CLÍNICO _____
	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____ CURSO _____ ESTABELECIMENTO _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____ CLASSIFICAÇÃO FINAL ____ (VALORES)
	HABILITAÇÕES COMPLEMENTARES _____ ESTABELECIMENTO _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____ CLASSIFICAÇÃO FINAL ____ (VALORES)
	ORIGEM DE RECRUTAMENTO (SITUAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR A ESTE INÍCIO DE FUNÇÕES) <input type="checkbox"/> ATIVIDADE PRIVADA <input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIMEIRO EMPREGO <input type="checkbox"/> DESEMPREGO <input type="checkbox"/> SERVIÇO MILITAR OUTRA _____ INSTITUIÇÃO/EMPRESA _____ CATEGORIA _____ DATA DE INÍCIO ____ - ____ - ____ DATA DE FIM ____ - ____ - ____
	ASSINATURA DATA ____ - ____ - ____ ASSINATURA _____

DECLARAÇÃO

(Art. 99º do Código do IRS)

1	CARACTERÍSTICAS DA DECLARAÇÃO
1ª Declaração	<input type="checkbox"/>
De alterações	<input type="checkbox"/>
Quadros alterados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2	IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE - (Titular de rendimentos de trabalho dependente)
NOME	<input style="width:500px;" type="text"/>
	Nº de Identificação Fiscal <input style="width:100px;" type="text"/>

3	DOMICÍLIO FISCAL
Rua, Praça, Av.	<input style="width:500px;" type="text"/>
Localidade	<input style="width:200px;" type="text"/>
Repartição de Finanças / Bairro Fiscal	<input style="width:200px;" type="text"/>
	Nº <input style="width:50px;" type="text"/> Andar <input style="width:50px;" type="text"/>
	Cód.Postal <input style="width:50px;" type="text"/> - <input style="width:50px;" type="text"/>
	Código Rep./Bº <input style="width:50px;" type="text"/>

4	ESTADO CIVIL
Casado e não separado judicialmente de pessoas e bens	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

5	IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE
NOME	<input style="width:500px;" type="text"/>
	Nº de Identificação Fiscal <input style="width:100px;" type="text"/>

6	RELAÇÃO DE DEPENDENTES - (Art. 13º do Código do IRS)		
NOME	Data do Nascimento	NIF BI CP	Nº de Identificação Fiscal Nº do Bilhete de Identidade Nº da Cédula Pessoal
Nº de Dependentes	<input style="width:50px;" type="text"/>	(Anexar relação no caso de não ter inscrito todos os dependentes)	

7	INFORMAÇÕES ÚTEIS
7.1 DEFICIENTES	7.2 TITULARIDADE DOS RENDIMENTOS <small>(sendo casado e não separado judicialmente de pessoas e bens)</small>
Elementos do agregado familiar com grau de Deficiência igual ou superior a 60% (Nº 6 do Art.25º e Nº 2 do Art.79º, do Código do IRS)	1 - O declarante é o único titular do rendimento <input type="checkbox"/> Um titular
Declarante <input type="checkbox"/>	2 - Ambos os cônjuges são titulares de rendimentos mas um deles aufer e 95% ou mais do rendimento englobado <input type="checkbox"/> Um titular
Cônjuge <input type="checkbox"/>	3 - Ambos os cônjuges são titulares de rendimentos e nenhum aufer e 95% ou mais do rendimento englobado <input type="checkbox"/> Dois titulares
Dependentes (Número) <input style="width:50px;" type="text"/>	

8	OPÇÕES DO DECLARANTE
1 - O declarante, estando nas condições legais, opta pela retenção como "casado único titular"	<input type="checkbox"/>
2 - O declarante opta pela taxa de retenção mensal de:	<input style="width:50px;" type="text"/> %
3 - Para efeitos de retenção mensal sobre complemento de pensão, declara que a pensão mensal que lhe é paga por	é de: <input style="width:50px;" type="text"/> €

9	ASSINATURAS
DO DECLARANTE	DA ENTIDADE PATRONAL
A presente declaração corresponde à verdade e não omite qualquer informação	Recebi o original
Local e Data	Local e Data
Assinatura	Assinatura



RENOVAÇÃO DE DIREITOS DE BENEFICIÁRIOS TITULARES



DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NUB do Titular: _____ Nome: _____

Data Nasc.: ___/___/_____ Sexo: F M

Doc. Identif.: _____ N.º Doc.: _____

NIF: _____ CGA: _____ NISS: _____

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Separado Viúvo União de Facto

País Residência: _____

Morada: _____

Localidade: _____ C. Postal: _____ - _____

Telef.: _____ Email: _____

NIB: _____ IBAN: _____

Admissão na AP: ___/___/_____ Início Descontos ADSE: ___/___/_____

Início Funções: ___/___/_____ Vínculo: _____ Termo: ___/___/_____

RESPONSABILIDADE DO SERVIÇO PROCESSADOR

Para os efeitos previstos no art.º 14.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, declara-se que o candidato acima identificado exerce funções públicas neste Serviço processador e confirmou os seus elementos identificativos e os que se referem à sua situação funcional.

Em caso de aceitação da inscrição, este Serviço compromete-se:

- a comunicar, de imediato, à ADSE qualquer alteração na situação do trabalhador respeitante aos elementos constantes deste formulário.
- a recolher e a destruir o cartão de beneficiário, se ocorrer evento determinante da suspensão ou perda dessa qualidade.

Li e aceito as condições acima indicadas

_____/_____/_____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



CONTA BANCÁRIA

COMUNICAÇÃO / ALTERAÇÃO

N.º Mecanográfico: _____

Nome: _____

Banco: _____

Agência: _____

Data de efeitos: ____/____/____

NIB:

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA

Eu, _____

N.º Mec. _____, declaro, sob compromisso de honra, que me comprometo a entregar os documentos em falta e abaixo identificados até ____/____/201__.

Mais declaro que tomei conhecimento de que, a não entrega dos documentos abaixo indicados no prazo referido, poderá constituir motivo para a rescisão do meu contrato.

- Fotocópia Bilhete de Identidade
- Fotocópia Cartão de Contribuinte
- Fotocópia do Cartão da Segurança Social

OU

Fotocópia do Cartão de Cidadão

- Fotocópia do Certificado de Habilitações Literárias
- Cópia do cartão da ADSE (do próprio e descendentes)
- Fotocópia Cartão da Ordem Profissional
- Fotocópia da Caderneta Militar (se for o caso)
- Número de Identificação Bancária (NIB)
- Certificado de Registo Criminal
- 1 Fotografia
- Atestado de Robustez Física
- Nota Biográfica
- Guia de Vencimentos
- Certidão de Documentos
- Apto do Ano Comum

Lisboa, ____ de _____ de 201__

Ass: _____

SERVIÇO DE
RECURSOS HUMANOS



Convocatória para Exame de Admissão de Medicina do Trabalho

Nome: _____

N.º Mecanográfico: _____

Funções que irá desempenhar: _____

Serviço: _____

É favor dirigir-se ao Serviço de Saúde Ocupacional, Piso 9, elevadores 9, 10 e 17, para marcação e realização do exame de admissão de Medicina do Trabalho.

No dia da consulta deverá ser portador(a) do Boletim de Vacinas e de exames de diagnóstico e análises clínicas recentes, caso possua.

Deverá entregar, no prazo de 30 dias, uma cópia da Ficha de Aptidão no Gabinete do Colaborador, Piso 2.

O Serviço de Recursos Humanos

SERVICO DE
RECURSOS HUMANOS

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel.: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel.: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt