

## SUBSÍDIO POR MORTE

### DECLARAÇÃO

#### IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo \_\_\_\_\_  
Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_ Morada \_\_\_\_\_  
Categoria ou carreira \_\_\_\_\_ Classe \_\_ Escalão \_\_\_\_\_  
Função que exerce \_\_\_\_\_ Colocado em \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Declaro, para efeitos do disposto no nº 1 do artigo 264 do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado, que o subsídio por morte e todos os abonos que sejam devidos após a minha morte devem ser pagos a:

Nome completo \_\_\_\_\_  
Data de nascimento \_\_/\_\_/\_\_ Parentesco com o funcionário \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Data \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_

#### AUTO DE ABERTURA

A presente declaração foi aberta em \_\_/\_\_/\_\_ por mim \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, na presença dos seguintes funcionários.

Nome \_\_\_\_\_, categoria/ carreira \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_, categoria/carreira \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

Assinatura

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_