

**Junta de Freguesia da  
União das Freguesias de  
Santo António dos  
Cavaleiros e Frielas**

Rua José Afonso, N.º 1 A/B  
2660-278 Stº António dos Cavaleiros  
Telefone:21 989 84 20

**ATESTADO**

**A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA JUNTA**

Data de Recebimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N.º de Guia: \_\_\_\_\_

Nº Atestado: \_\_\_\_\_

O(A) Funcionário(a) \_\_\_\_\_

**A PREENCHER PELO REQUERENTE**

Nome \_\_\_\_\_  
nascido a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com o estado civil de \_\_\_\_\_ filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_ natural da Freguesia (ou País) \_\_\_\_\_,  
Concelho de \_\_\_\_\_ Distrito de \_\_\_\_\_ Portador de  
\_\_\_ Autorização de Residência \_\_\_ Passaporte \_\_\_ Bilhete Identidade N.º \_\_\_\_\_, emitido pelo  
Arquivo de Identificação de \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_  
contribuinte N.º \_\_\_\_\_ residente desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ na (rua,praça,  
praceta) \_\_\_\_\_  
2660-\_\_\_ Santo António dos Cavaleiros, requer  
que lhe seja passado um atestado \_\_\_\_\_ para efeitos de:

Contacto Telefónico \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**AGREGADO FAMILIAR DO REQUERENTE**

Nome			Data Nasc. ___/___/___
Parentesco	Profissão	Estado Civil	Vencimento
Nome			Data Nasc. ___/___/___
Parentesco	Profissão	Estado Civil	Vencimento
Nome			Data Nasc. ___/___/___
Parentesco	Profissão	Estado Civil	Vencimento
Nome			Data Nasc. ___/___/___
Parentesco	Profissão	Estado Civil	Vencimento
Nome			Data Nasc. ___/___/___
Parentesco	Profissão	Estado Civil	Vencimento

**Declaração**

Eu, abaixo assinado declaro que assumo a responsabilidade que me possa advir pelas declarações constantes deste impresso

Santo António dos Cavaleiros, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

**ATESTADO  
(ABONAÇÃO)**

**O RECENSEAMENTO É OBRIGATÓRIO NA ÁREA DE RESIDÊNCIA Cap I, Artº 10 da  
Lei 69/78 de 3 de Nov.**

Caso não se encontre recenseado na Freguesia, a residência deve ser confirmada por dois eleitores recenseados na Freguesia.

Confirmamos a residência do requerente, por ser do nosso conhecimento pessoal e disso assumimos inteira responsabilidade.

**TESTEMUNHAS**

Nome: \_\_\_\_\_

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

B.I. n.º: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Arquivo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

B.I. n.º: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Arquivo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

APRESENTAR OS DOCUMENTOS ORIGINAIS ABAIXO ASSINALADOS:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade            | <input type="checkbox"/> Recibo Vencimento ou pensão                            |
| <input type="checkbox"/> Cartão do Cidadão                | <input type="checkbox"/> Recibo do vencimento e ou pensões do agregado familiar |
| <input type="checkbox"/> N.º de Contribuinte              | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Cartão de Residência/ Passaporte | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> I. R.S.                          | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Renda de Casa                    | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Declaração S. Social             |   |

CONTACTOS	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
Sede: 21 989 84 20	2ª a 6ª feira - Das 9H00 às 12H00 / das 14H00 às 17H00