

Serviço

INFORMAÇÃO/ COMUNICAÇÃO

**Identificação do Cliente:**

NISS:

NIF:

Nome:

**Dados de Contacto do Cliente (a preencher pelo menos um):**

Telefone:

Telemóvel:

Endereço Eletrónico:

**Assunto:**

<input type="checkbox"/> Identificação e Qualificação	<input type="checkbox"/> Parentalidade	<input type="checkbox"/> Proteção Jurídica
<input type="checkbox"/> Gestão de Contribuições	<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> CSI/Pensão Social (Regime não contributivo)
<input type="checkbox"/> RSI	<input type="checkbox"/> Doença/Prestações Diferidas	<input type="checkbox"/> Notas de Reposição/Revalidações
<input type="checkbox"/> Gestão de Remunerações	<input type="checkbox"/> Prestações Familiares	<input type="checkbox"/> Inst. Internacionais
<input type="checkbox"/> Pensões e Complementos (Regime Contributivo)		

**Identificação do Pedido/ Reclamação:**

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

O/E Funcionário