



COMISSÃO DE PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE CRIME

Indemnização pelo Estado a Vítimas de Crimes de Violência

Doméstica

(Lei 104/09 de 14 de Setembro)

1. IDENTIFICAÇÃO

1. – Requerente

Nome _____

Residência _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Profissão _____

Qualidade: Vítima ____ Familiar ____ Qual o grau de parentesco _____

B.I./C.C. n.º _____ NIF _____ n.º Seg. Social _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Estado Civil _____

Cód. Repartição de Finanças _____ NIB _____

1.2– Vítima (se não for o requerente)

Nome: _____

Residência _____

Telefones _____ Telemóvel _____

Qualidade: Vítima ____ Familiar ____ Qual o grau de parentesco _____

B.I./C.C. n.º _____ NIF _____ n.º Seg. Social _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Estado Civil _____

Razão pela qual não é a vítima o requerente: _____

1.3. Agressor

A.- Nome: _____

Residência _____

Estado Civil _____ Tempo de duração da relação com o agressor: _____

Profissão _____

Situação Atual: Em Liberdade _____ Detido _____ Qual o Estabelecimento Prisional _____



COMISSÃO DE PROTEÇÃO ÀS VITIMAS DE CRIME

2. O CRIME

2.1 – Os Factos

Data (dia e hora de ocorrência) _____

Local de ocorrência _____

Descrição dos factos _____

2.2 – Queixa

Houve denúncia/queixa: Sim ____ Não ____.

Queixa apresentada no MP ____ PJ ____ PSP ____ GNR ____ de; _____

Data da queixa/participação ____/____/____. Desistiu da queixa: Sim ____ Não ____.

Não apresentou queixa, porque: _____

3. *Consequências*

3.1– Descrição das lesões sofridas: _____

Sofreu doença por um período de: _____

Esteve incapacitado para o trabalho durante _____



COMISSÃO DE PROTEÇÃO ÀS VITIMAS DE CRIME

3.2– Prejuízos sofridos

Total das quantias gastas por causa da agressão: _____

Total das verbas não recebidas por causa da agressão _____

3.3– Reparação dos prejuízos

Recebe alguma prestação social: Sim _____. Não _____.

Salário se estiver a trabalhar: _____; Valor _____

Subsídio de Desemprego: _____; Valor _____

Rendimento Social de Inserção: _____ Valor: _____

Abono de Família: _____ Valor: _____

Outra qualquer prestação: Nome: _____ Valor: _____

Valor _____

Existe regulação do poder paternal: _____ Se sim, qual o valor: _____

As despesas médicas foram suportadas pela vítima: Sim _____. Não _____.

Data ____/____/____.

Assinatura: _____

Junto:

- Declaração fiscal de rendimentos da vítima e do requerente (se não for a vítima) referente ao ano anterior ao da agressão.
- Documentação comprovativa do alegado no ponto 3.