



FICHA Nº \_\_\_\_\_

## FICHA DE INSCRIÇÃO (Centro de Convívio)

(Fotografia)

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

Residência: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ B.I. : \_\_\_\_\_

Nº Contribuinte: \_\_\_\_\_ Cartão Utente: \_\_\_\_\_ Rendimento mensal: \_\_\_\_\_ €

Telefone: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Formação Profissional: \_\_\_\_\_ Ocupação Profissional: \_\_\_\_\_

Pretende ser admitido nesta Associação na qualidade de utente do Centro de Convívio, comprometendo-se a observar as disposições regulamentares.

### Condições de Admissão:

1. Possuir idade superior ou igual a 60 anos, ser reformado ou estar inactivo;
2. Não sofrer de doença contagiosa e não apresentar perturbações mentais graves que ponham em risco a integridade física dos outros utentes ou perturbe o normal funcionamento do centro de convívio;
3. Respeitar e cumprir o regulamento interno do Centro de Convívio.

**Documentos a entregar:** Fotografia e fotocópia do Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte e Declaração de Rendimentos, Número de Identificação Segurança Social.

Observações: \_\_\_\_\_

Indique as actividades da sua preferência: \_\_\_\_\_

O (A) Candidato(a)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

(Assinatura)

A preencher pelo(a) responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_  
B.I. Nº \_\_\_\_\_ Nº Contrib: \_\_\_\_\_  
Data de início da prestação de serviços: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Data de término da prestação de serviços: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

A preencher pelos serviços

Secretaria  
\_\_\_\_\_  
Despacho  
\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
O Presidente



Questionário clínico	SIM	NÃO
1. Considera-se Saudável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Defeitos Físicos ou Incapacidade? Se tem, quais _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. É Fumador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ingere bebidas Alcoólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toma medicamentos? Se respondeu sim, quais? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Já esteve internado? Se respondeu sim, qual o motivo _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Faz análises de sangue de rotina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Há doenças graves em familiares seus? Se respondeu sim, especifique _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nos últimos 5 anos sofreu de alguma doença grave? Se respondeu sim, quais _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Existe alguma razão conhecida para que venha a necessitar de tratamento médico-cirúrgico? Se respondeu sim, especifique _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Indique o nome e contacto do seu médico de família: _____ _____		
<b>Nota:</b> Este questionário faz parte integrante da proposta para associado, pelo que toda e qualquer omissão com dolo ou declaração que venha a revelar-se falsa, implicará a nulidade do pedido e a perda da qualidade de associado.		

**Contactos em caso de urgência:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Contacto:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Contacto:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Contacto:** \_\_\_\_\_