



ASSOCIAÇÃO
SÃO FRANCISCO DE ASSIS DE ANTA
FUNDADA EM 1905

A Preencher pelos serviços

Entrada _____ Associado Nº _____ Distrito/Livro _____

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

Nome: _____

Morada: _____ Cod. Postal: _____ - _____

Freguesia _____ C.C _____ N.I.F: _____

Estado Civil: _____ Telm: _____ Profissão _____

E-mail: _____

Pretende ser admitido nesta Associação na qualidade de associado efectivo, comprometendo-se a observar as disposições estatutárias e regulamentares.

Filhos Menores	Grau de Parentesco	Data de Nascimento
		/ /
		/ /

Documentos a Entregar: Fotografia, Fotocópia do Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte e cartão SNS

Modalidade Solicitada

SUBSÍDIO DE FUNERAL ASSIST. MÉDICA E COMPLEMENTAR

CUSTOS

FÚNEBRE (50 %)	MÉDICA (50 %)
JOIA	JOIA
0 a 20 anos (10,00 euros) _____	0 a 20 anos (10,00 euros) _____
21 a 40 anos (17,50 euros) _____	21 a 40 anos (17,50 euros) _____
41 a 50 anos (25,00 euros) _____	41 a 50 anos (25,00 euros) _____
(1) _____	+ 51 anos (50,00 euros) _____
Cartão Associado _____	Cartão Associado _____
Quotas	Quotas
Nº _____ x 2,50 _____	Nº _____ x 2,50 _____
Total a Pagar _____	Total a Pagar _____

Nota: (1) Na modalidade Fúnebre só são admitidos associados até aos 50 anos de idade

(2) É obrigatório o preenchimento de questionário Clínico (verso da proposta)

Despacho

O Presidente

_____/_____/_____

(Manuel da Rocha Gomes Pereira)

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO (1)

Para melhorar os serviços da Instituição queira por favor responder as seguintes questões:

Que tipo de serviços a usufruir o levam a fazer-se associado?

Subsídio de Funeral	_____
Assistência Médica	_____
Serviços da Creche	_____
Serviços do Centro Lúdico	_____
Serviços para Lar de Idosos	_____
Usufroto de protocolos de colaboração com outras Entidades	_____

QUESTIONÁRIO CLÍNICO (2)

INFORMAÇÃO GERAL	SIM	NAO
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. Refira Outras situações não especificadas anteriormente _____		

Nota: Este questionário faz parte integrante da proposta do associado, pelo que toda e qualquer omissão ou dolo ou declaração que venha a revelar-se falsa, implicará a nulidade do pedido e a perda da qualidade de associado, de acordo com os Estatutos.

Data : ____/____/____

Assinatura do Candidato: _____