



ASSOCIAÇÃO
SÃO FRANCISCO DE ASSIS DE ANTA

A Preencher pelos serviços

Entrada _____ Associado N° _____ Distrito/Livro _____

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

Nome: _____

Morada: _____ Cod. Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ Data Nascimento: ____ / ____ / ____

C.C _____ Data Validade: ____ / ____ / ____ NIF: _____

Estado Civil: _____ Telm: _____ Profissão _____

E-mail: _____ N° Utente _____

Filiação - Nome do Pai _____

Filiação - Nome da Mãe _____

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 cartao SNS

Modalidade Solicitada

SUBSÍDIO DE FUNERAL ASSIST. MÉDICA E COMPLEMENTAR

CUSTOS

FÚNEBRE		MÉDICA	
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 (5,00)	_____	Cartão Associado (5,00)	_____
Quotas		Quotas	
Nº _____ x 2,50 (2022)	_____	Nº _____ x 2,50 (2022)	_____
Nº _____ x 3,00 (2023)	_____	Nº _____ x 3,00 (2023)	_____
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)

O valor da quota é mensal

Despacho

O Presidente

_____ / _____ / _____

(Manuel da Rocha Gomes Pereira)

OBRIGATORIO PREENCHIMENTO DE QUESTIONARIO (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	_____
Usufruto de protocolos de colaboração com outras Entidades	_____

QUESTIONARIO CLINICO (2)

INFORMAÇÃO GERAL	SIM	NÃO
1. Considera-se Saudável ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Defeitos Físicos ou Incapacidade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se tem, quais _____		
3. É Fumador ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ingere bebidas Alcoólicas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Toma medicamentos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu sim, quais ? _____		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu sim, especifique _____		
9. Nos últimos 5 anos sofreu de alguma doença grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se respondeu sim, quais _____		

10. Existe alguma razão conhecida para que venha a necessitar de tratamento médico cirúrgico ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se Respondeu Sim, especifique _____		

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: _____