

FAMILIARES A CARGO COM DIREITO A BENEFÍCIOS

Nome	Data Nasciment.	Nif	Utente	Grau Parent.
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			
	/ /			

Questionário Clínico

1- Considera-se saudável ? Sim Não

2- Defeitos físicos ou incapacidades ? _____

3- Observações: _____

A prestação de falsas declarações cancela o direito a quaisquer benefícios.

**ASSOCIAÇÃO DE SOCORROS MÚTUOS
DE SERZEDO**

Nº de Inscrição _____

Data Admissão _____

Proposta de Admissão de Sócio

Modalidade Solicitada: Fúnebre <input type="checkbox"/> Assist. Médica Complementar <input type="checkbox"/>

Nome _____

Morada _____

Local Cobrança _____

Código Postal _____ / _____

B.I. / C C _____ Validade _____ / _____ / _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Idade: _____

Filho de _____

e de _____

Nº Contribuinte _____

Nº Utente: _____

Profissão _____

Estado Civil _____

Telf.: _____ Telem.: _____

Natural da Freguesia de _____ Concelho _____ Distrito _____

Aprovado em sessão de _____ O Sócio Proponente _____

de _____ de 20 _____ O Candidato _____

O Presidente

Os dados contidos nesta proposta são da responsabilidade exclusiva do candidato