

Sede Social
Rua dos Bragas, 68 - 4050-122 PORTO | Tel: 22 204 63 80 - Fax: 22 204 63 89
Email: benefica-previdente@benefica-previdente.com

Creche Infantil Flor de Abril
R. Santo Ildefonso, 428-A - 4000-466 Porto | Tel.: 22 536 68 56
Email: florabril@benefica-previdente.com

Serviços Médicos
R. Passos Manuel, 7 1º - 4000-428 Porto | Tel: 22 200 56 03 Fax 22 208 32 10
Email: servicosmedicos@benefica-previdente.com

Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
Medicina no Trabalho / Higiene e Segurança no Trabalho
Email: saudeocupacional@benefica-previdente.com

Casa das Glicínias
Rua de Contumil, 107 - 4350-132 Porto | Tel: 22 557 37 40 Fax 22 557 37 41

Desenvolvimento - 919107724
Centro Comunitário / Centro de Convívio / Formação / Projectos
Email: desenvolvimento@benefica-previdente.com | formacao@benefica-previdente.com

Apoio ao Mais Velho
Serviço de Apoio Domiciliário - 919376828
Email: sadomiciliario@benefica-previdente.com
Residências de Acolhimento Temporário - 919107724
Email: desenvolvimento@benefica-previdente.com

Rendimento Social de Inserção - 913377644

1 Associado nº Data efeito
Inscrição nº Associado Novo Existente

2 **Dados Pessoais**
Nome
Morada
Código Postal - Localidade
Telefone Telemóvel Email
Data Nascimento Idade
Naturalidade | Freguesia
Concelho
BI De / / Arquivo
Cartão de Cidadão Estado Civil
NIF NISS
Act. Profissional Hab. Literárias
Filiação de:
e de:
Nome Cônjuge

3 **Modalidades Pretendidas**
Quota € Plano de Saúde Quota € Plano de Poupança
Trimestral Semestral Anual Mensal Trimestral Semestral Anual
Modalidade
Capital € Anos Indexação %

4 **Forma de Pagamento**
Sede Serviços Médicos Creche Infantil Vale Correio
Cobrador
(morada)

Local Data

(representante legal)

(o candidato)

5 Agregado Familiar	Grau de Parentesco	Data Nascimento*

* preenchimento obrigatório

6 Declaração do Estado de Saúde

1 - Teve ou tem Seguro de Vida ou Saúde? Sim Não
 Nome da Companhia _____ Desde _____

2 - Teve ou tem alguma proposta de Vida ou Saúde pendente , adiada , agravada ou recusada
 Nome da Companhia _____

3 - Pensa estar em bom estado de Saúde? Sim Não

4 - Sofreu ou sofre de alguma doença?* _____ c/ incapacidade %

5 - Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica?* _____

6 - Sofreu algum acidente grave?*

7 - Tem feito análises ao sangue? Sim Não Radiografias Sim Não

8 - Bebe bebidas alcoólicas? Sim Não Fuma? Sim Não Toxicodpendente? Sim Não
 Pratica desporto?* Sim Não

9 - O seu peso e os valores da sua tensão arterial estão dentro do normal?* Sim Não

10 - Faz algum tratamento | Medicação?* Sim Não

11 - Tem filhos?* Sim Não São Saudáveis?

Já faleceu algum?* Sim Não

12 - Os seus Pais são: Vivos Falecidos De que doença? _____

13 - Tem irmãos? Sim Não Já faleceu algum? Sim Não De que doença? _____

Só para senhoras

14 - Está grávida? Sim Não Há quanto tempo? _____ Já teve abortos? Sim Não

15 - Tem alguma queixa de foro ginecológico? (ovários ou útero) _____

16 - Teve ou tem algum problema mamário? _____

*(em caso afirmativo especifique)

7 Observações

Declaro serem verdadeiras as respostas atrás dadas, responsabilizando-me assim perante A "Benéfica e Previdente", para aceitação da minha inscrição como Associado.

Local _____ Data _____

_____ (representante legal)

_____ (o candidato)

8 Relatório

Local _____ Data _____

_____ (o médico)

_____ (o médico)

9 A Preencher pelos Serviços

Recepção > Proposta recebida em: ____-____-____ Por: _____

Aprovado > Em: ____-____-____ Por: _____

Eliminado > Em: ____-____-____ Por motivo de: _____

Envio da Apólice e Cartão na data de: _____

_____ (A Direcção)