



SÓCIO NR.: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FICHA DE INSCRIÇÃO NO SEGURO DE SAÚDE

PREENCHER TODOS OS CAMPOS

<b>Nome Completo</b>																					
<b>Escola/Serviço</b>						<b>Data de Nascimento</b>															
<b>B.I./C.C.</b>						<b>E-mail Pessoal</b>															
<b>NIF</b>						<b>E-mail Institucional</b>															
<b>Morada</b>																					
<b>Cód. Postal</b>					<b>Localidade</b>					<b>Telemóvel</b>											
<b>IBAN</b>																					

<b>Relação de familiares aderentes</b>																				
<b>Nome Completo</b>																				
<b>Grau de Parentesco</b>						<b>Data de Nascimento</b>														
<b>NIF</b>																				

<b>Nome Completo</b>																				
<b>Grau de Parentesco</b>						<b>Data de Nascimento</b>														
<b>NIF</b>																				

<b>Nome Completo</b>																				
<b>Grau de Parentesco</b>						<b>Data de Nascimento</b>														
<b>NIF</b>																				

<b>Nome Completo</b>																				
<b>Grau de Parentesco</b>						<b>Data de Nascimento</b>														
<b>NIF</b>																				

<b>Nome Completo</b>																				
<b>Grau de Parentesco</b>						<b>Data de Nascimento</b>														
<b>NIF</b>																				

Data \_\_\_\_\_

Assinatura (conforme B.I. | C.C) \_\_\_\_\_

NOTA: O prémio anual será descontado mensalmente no vencimento.

Obrigada pela atenção.

