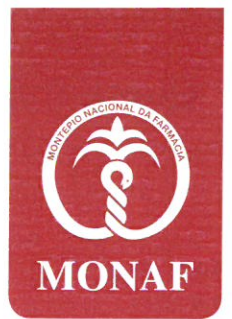


PLANO II

Proposta de Inscrição



PENSÃO AO CÔNJUGE SOBREVIVO DE ASSOCIADO FALECIDO

Nome _____ Assoc. nº _____

Morada _____

Cód. Postal _____ / _____ / _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Nome do Cônjuge _____

	Reservado aos Serviços
Pensão Mensal para o Cônjuge € _____ , _____	Prazo de Contribuição _____ anos
60% da Renda mensal de Aposentadoria do Plano I (Artº 8º, nº 1 (a))	Quota Pura da Pensão € _____ , _____
50% da Renda mensal de Aposentadoria do Plano I (Artº 8º, nº 1 (b))	% de Admin. e Cobrança (ª) € _____ , _____
	Quota Mensal Total € _____ , _____

Filhos do Casal com idade até 24 anos (Artº 9º, nº 2):	
Nome	Data de Nascimento

Pretende ser admitido como participante deste Plano, de acordo com o respectivo Regulamento registado na D.G.S.S., que declara conhecer.

Declara que tem conhecimento que os dados pessoais constantes desta proposta vão receber tratamento automatizado, para o qual presta, desde já, o seu consentimento.

Todas as informações sobre os dados pessoais tratados pelo MONAF são utilizadas exclusivamente para as finalidades para as quais foram legitimamente recolhidas.

(Local e data) _____ , _____ de _____ de _____

Assinatura _____

(ª) Artº 3º do Regulamento Administrativo.

V.S.F.F.

QUESTIONÁRIO MÉDICO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (informação confidencial)

Por favor preencha TODOS OS CAMPOS abaixo.

Os dados de saúde e hábitos de vida recolhidos são os estritamente necessários à inscrição neste Plano de Benefícios e de acordo com o Artº 10º dos Estatutos.

1. A Idade atual

1. B Peso

1. C Altura

1. D Tensão arterial

1. E Frequência cardíaca

2. A Quantos cigarros fuma por dia?

2. B Há quantos anos fuma?

3. Faz uso de bebidas alcoólicas? Quais? Quantidade?

SIM / NÃO

4. Quais os medicamentos que está a tomar?

--

5. Foi-lhe aconselhada alguma dieta? Porquê?

6. Tem algum defeito físico?

7. Teve ou tem seguros de vida?

8. Alguma das propostas foi adiada, agravada, recusada?

9. Goza de boa saúde?

SIM / NÃO

10. **Doenças, distúrbios ou problemas de saúde.** Sofre ou sofreu:

10. A Tuberculose, pneumonia ou pleurisia?

10. B Bronquite crónica, asma? Rouquidão crónica?

10. C Diabetes Mellitus?

10. D Pressão arterial alta, dor precordial, doenças das artérias ou veias?

10. E Doenças do coração, angina de peito, enfarte do miocárdio?

10. F Doenças dos olhos ou ouvidos?

10. G Doenças do fígado ou da vesícula?

10. H Doenças do rim ou da bexiga? Albuminúria?

10. I Doenças do aparelho genital?

10. J Febre reumática, ureia, gota, artrite reumatóide, artroses, doenças dos ossos e da coluna?

10. K Tumor, bócio, doenças do sangue?

10. L Doenças da pele, alergia, sífilis?

10. M Doenças tropicais, paludismo, disenteria?

10. N Epilepsia, doença nervosa ou mental?

10. O Outra doença não especificada atrás?

Se SIM, qual?

Nenhuma (x)

Se SIM, qual?	Nenhuma (x)

Em caso de "SIM" descreva a doença com pormenor. Descrição, datas, duração, tratamentos, exames, nome e morada do médico.

11. Efectua regularmente ECG, análises, Rx de toráx?

Se **SIM**, há mais de um ano? _____ ou menos de 1 ano? _____

Resultados Normal _____ com alterações _____

12. Operações e Internamentos hospitalares?

Se **SIM**, quais e em que datas? _____

13. História familiar

13. A

Pai

Mãe

Cônjuge

Filho(s) nº _____

Irmão(s) nº _____

Vivos		Falecidos	
Saúde	Idade	Causa da morte	Idade

13. B Observações:

Podem ser anexadas folhas para descrição dos aspectos necessários e resposta ao questionário.

Declaro sob compromisso de honra que as minhas respostas foram dadas de uma forma exata, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes e que autorizo o meu médico a prestar todas as informações ou elementos que se tornem necessários.

Assinatura (s): _____

Reservado aos Serviços		Parecer do Director Clínico
Está em condições de ser deferido	Deferido pelo Conselho de Administração	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____