



## FICHA INSCRIÇÃO

Residência <input type="checkbox"/>	Recebido em ___/___/___	Nº Utente _____
Centro de Dia <input type="checkbox"/>	Admitido em ___/___/___	Nº Sócio _____
Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/>	Termo em ___/___/___	Nº Inscrição _____

### Identificação

Nome completo _____		
Data Nascimento: ___/___/___	Natural de _____	Distrito de _____
Beneficiário ou Pensionista da _____ com o nº _____		
C.C./BI _____	NIF _____	Estado civil _____
Nº S.N.S _____	C. de Saúde de _____	Extensão _____
Morada _____		
Localidade _____	Código Postal _____	- _____ telefone _____ telemóvel _____

### A preencher pelos serviços

<b>Documentação a apresentar:</b>
<input type="checkbox"/> - Bilhete Identidade/Cartão cidadão
<input type="checkbox"/> - Cartão Segurança Social (cópia)
<input type="checkbox"/> - Cartão Sistema Nacional de Saúde (ou outro subsistema) (cópia)
<input type="checkbox"/> - Número de Identificação Fiscal
<input type="checkbox"/> - Declaração médica que comprove a ausência de doença mental ou infectocontagiosa grave impeditiva do usufruto do serviço
<input type="checkbox"/> - Relatório médico que caracterize o estado de Saúde do Candidato
<input type="checkbox"/> - Comprovativo de rendimentos do candidato e agregado, despesas fixas mensais, informação sobre situação patrimonial (documentação que pode ser substituída pela declaração de IRS do ano anterior). (cópia)
Recebido e Conferido por _____ Data ___/___/___



### Pessoas de Contacto

<b>Nome</b> _____	<b>Relação</b> _____
Morada _____	
Código postal _____ - _____ Localidade _____	
Telefone _____	Telemóvel _____ Emprego _____
Cartão de Cidadão nº _____ NIF: _____	
Fatura/ recibo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Email: _____	
-----	
<b>Nome</b> _____	<b>Relação</b> _____
Morada _____	
Código postal _____ - _____ Localidade _____	
Telefone _____	Telemóvel _____ Emprego _____
Cartão de Cidadão nº _____ NIF: _____	
Fatura/ recibo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Email: _____	
-----	
<b>Nome</b> _____	<b>Relação</b> _____
Morada _____	
Código postal _____ - _____ Localidade _____	
Telefone _____	Telemóvel _____ Emprego _____
Cartão de Cidadão nº _____ NIF: _____	
Fatura/ recibo: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Email: _____	

Já é sócio da Instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------------------------------------------------

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da pessoa responsável \_\_\_\_\_