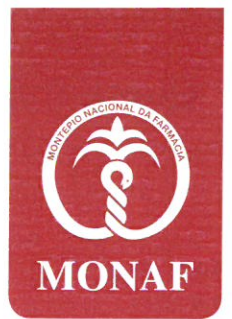


## PLANO II

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

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)

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?	
4. Toma algum medicamento regularmente?Qual?Porquê?	
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)

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 torác?

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

	Vivos		Falecidos	
	Saúde	Idade	Causa de morte	Idade
Pai				
Mãe				
Cônjuge				
Filho(s) n.º _____				
Irmão(s) n.º _____				

## 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 exacta, 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: \_\_\_\_\_

Reservado aos Serviços		Parecer do Director Clínico
Está em condições de ser deferido	Deferido pela Direcção	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____