



FICHA DE ADESÃO

1.º ADERENTE

Nome		Data de Nascimento	
Morada			
Código Postal	Localidade	Contacto Telefónico	
BI	Local de Emissão	Data de Emissão	
Contribuinte	Subsistema de Saúde	Número	
Profissão	E-Mail		

2.º ADERENTE

Nome		Data de Nascimento	
Morada			
Código Postal	Localidade	Contacto Telefónico	
BI	Local de Emissão	Data de Emissão	
Contribuinte	Subsistema de Saúde	Número	
Profissão	E-Mail		

AGREGADO FAMILIAR

Filhos até 18 anos

1.º FILHO

Nome		Data de Nascimento	
Morada			
Código Postal	Localidade	Contacto Telefónico	
BI	Local de Emissão	Data de Emissão	
Contribuinte	Subsistema de Saúde	Número	
Profissão	E-Mail		

2.º FILHO

Nome		Data de Nascimento	
Morada			
Código Postal	Localidade	Contacto Telefónico	
BI	Local de Emissão	Data de Emissão	
Contribuinte	Subsistema de Saúde	Número	
Profissão	E-Mail		

Nota: Se tiver mais que 2 filhos por favor preencha uma segunda Ficha de Adesão só com o nome do 1.º beneficiário e os dados dos filhos.
Qualquer dúvida por favor contacte o serviço Apoio ao Cliente - 291 000 112