



**AMI** ASSISTÊNCIA  
MÉDICA  
INTEGRAL®



# CARTÃO AMI-GO PROPOSTA

ADESÃO  ALTERAÇÃO

**AMI-GO**

022 004 AMI 0001



**AMI** ASSISTÊNCIA  
MÉDICA  
INTEGRAL®



T 253 420 300

ami@ami.com.pt  
www.ami.com.pt

Identificação do titular 1 ID \_\_\_\_\_ Cartão AMI-GO \_\_\_\_\_ (a preencher pela AMI)

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ N° funcionário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_ | \_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

N° SNS \_\_\_\_\_ CC | BI n° \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ TIm \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Identificação do titular 2 ID \_\_\_\_\_ Cartão AMI-GO \_\_\_\_\_ (a preencher pela AMI)

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

N° SNS \_\_\_\_\_ CC | BI n° \_\_\_\_\_ Contribuinte \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ TIm \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Identificação dos descendentes (até 16 anos)

ID	Cartão AMI-GO	Nome	Data nasc.	CC   BI n°	N° SNS
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Opções de pagamento

Numerário  Cheque  Multibanco

Este pagamento deverá ser efectuado no momento de adesão ao cartão. Anexar cópia do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Cartão de Contribuinte e do Cartão de Utente.

## Como teve conhecimento do cartão AMI-GO?

Unidade da Rede AMI

Qual? \_\_\_\_\_

Website  Publicidade  Amigos | Familiares

## A preencher pela AMI | Assistência Médica Integral

Gestor de cliente \_\_\_\_\_ Unidade AMI | \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Data de adesão \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Data de envio do cartão \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_