



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 ____ | ____ | ____