



CENTRO DE DIA

CENTRO CONVÍVIO

LAR

SAD

Data de Inscrição: \_\_\_\_\_

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

### Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Anos \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Profissão anterior: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Número da identificação Segurança Social (niss) (obrigatório)  
\_\_\_\_\_

Número de Contribuinte (obrigatório)  
\_\_\_\_\_

### Familiar (es) Responsável

Nome : \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Local de Emprego: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Idoso necessita de algum apoio especial:

Necessidades de apoio especial

Sim

Não

Especifique: \_\_\_\_\_

### Priorização

a) Idade igual ou superior a 60 anos

b) Utentes ou familiares de utentes da área da terceira idade;

c) Residência próxima do estabelecimento ou residente na rota do serviço;

d) Pedidos de apoio solicitados pela Segurança Social e Serviços de Saúde;

e) Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos;

f) Risco de isolamento social;

g) Fracos recursos económicos;

h) Familiares de funcionários ou voluntários;

### Documentos a anexar:

1. Fotocópia do Bilhete Identidade do utente e seu representante legal

2. Fotocópia do n.º contribuinte do utente e seu representante legal

3. Fotocópia do n.º beneficiário

4. Fotocópia do cartão de saúde

5. Relatório médico

6. Prova de rendimentos (fotocópia do recibo da pensão e ou declaração de IRS)

