

Chefe de Divisão	Coordenador/a de Setor	Técnico/a
<b>1ª Vez</b> <input type="checkbox"/> <b>Renovação</b> <input type="checkbox"/>		<b>Nº de Processo:</b> _____ / _____

Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora

### 1. Identificação Pessoal

Nome Completo:			
Data de Nascimento:		Sexo: M	Sexo: F:
Estado Civil:		Naturalidade:	
Morada:			
Freguesia:		Código Postal:	
N.º Doc. Identificação:		BI:	CC: Outro. Qual:
NIF:		NISS:	
Nº Utente SNS:		Outro Sis. Saúde:	
Nº Telefone:		Telemóvel:	
E-mail:			

### 2. Identificação do Agregado Familiar

#### a) Elemento 2

Nome Completo:			
Grau de parentesco:			
Data de Nascimento:		Sexo: M	Sexo: F:
N.º Doc. Identificação		BI:	CC: Outro. Qual:
NIF:		NISS:	
Nº Utente SNS:		Outro Sis. Saúde:	
Nº Telefone:		Telemóvel:	

#### b) Elemento 3

Nome Completo:			
Grau de parentesco:			
Data de Nascimento:		Sexo: M	Sexo: F:
N.º Doc. Identificação		BI:	CC: Outro. Qual:
NIF:		NISS:	
Nº Utente SNS:		Outro Sis. Saúde:	
Nº Telefone:		Telemóvel:	

### c) Elemento 4

Nome Completo:			
Grau de parentesco:			
Data de Nascimento:		Sexo: M	Sexo: F:
N.º Doc. Identificação	BI:	CC:	Outro. Qual:
NIF:		NISS:	
Nº Utente SNS:		Outro Sis. Saúde:	
Nº Telefone:		Telemóvel:	

### 3. Identificação do Requisitante

#### a) Responsável pelo Utente (se aplicável)

Nome Completo	
Relação com utente:	
Telefone:	Telemóvel:

#### b) Entidade que encaminha (se aplicável)

Nome Completo	
Relação com utente:	
Telefone:	Telemóvel:

### 4. Rendimentos

Proveniência/Valor	Elementos do Agregado			
	1	2	3	4
Pensão Mensal	€	€	€	€
Complemento Cônjuge	€	€	€	€
Complemento Dependência	€	€	€	€
CSI	€	€	€	€
Trabalho	€	€	€	€
Outros Apoios Sociais. Quais _____	€	€	€	€

### 5. Material Requisitado

Ajudas Técnicas de Grande Porte	
Cama Articulada	
Colchão Tripartido	
Cadeira de Rodas	

Ajudas Técnicas de Pequeno Porte	
Andarilho	
Tripé	
Canadianas	
Muleta Auxiliar (bengala)	
Cadeira de Banho (banheira)	
Cadeira de Banho (poliban)	
Insuflável/Lava Cabeça	
Colchão Anti-Escaras	

### 6. Tempo de Utilização

Data Prevista de Devolução	
Data Efetiva de Devolução	

Assinatura

Amadora, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### Documentos Anexos

- Fotocópia BI /CC/Outros do Utente	
- Fotocópia BI /CC/Outros do requerente	
- Declaração Médica de necessidades de utilização da Ajuda Técnica	
- Fotocópia da Declaração de Rendimentos	
- Comprovativo da renda da casa	
- Comprovativo de despesa com SAD, Centro de Dia ou Lar	
- Comprovativo de despesas com medicamentos por doença crónica	

O utente ou seu representante legal **não autoriza** o tratamento dos seus dados pessoais para efeito de tratamento estatístico