

Chefe de Divisão	Coordenador/a de Sector
-------------------------	--------------------------------

Espaço destinado à Câmara Municipal da Amadora

Apoio Alimentar aos Fins-de-semana e Feriados

SAD para Todos

1. Identificação Pessoal

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

Freguesia:

Alfornelos	Centro				
Alfragide	Norte		Sul		
Brandoa	Alto		Baixo	Casal da Mira	
Buraca	Centro		Bº. Zambujal	Bº C. Moura	
Damaia	Cima		Baixo		
Falagueira	Centro		Qtª. Lage		
Mina	Centro		Carenque		
Reboleira	Norte		Sul		
São Brás	Centro		M. Funcheira	Casal da Mira	A-da-Beja
Venda Nova	Centro		Velha		
Venteira	Centro				

Principal Patologia:			
AVC		Doença Cardio-vascular	
Hipertensão		Aparelho Locomotor	
Diabetes		Doenças Respiratórias	
Demência		Fractura do Colo do Fémur	
Neoplasia		Outra. Qual?	
Dependência do Utente:			
Independente		Totalmente Dependente	
Parcialmente Dependente		Acamado	

Tipo de Alimentação:			
Normal		Dieta	

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:	
Dependência:		Sim	Não
			Parcialmente

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:	
Dependência:		Sim	Não
			Parcialmente

3. Pessoa a Contactar

a) Contacto 1

Nome Completo:	
Morada:	
Código Postal:	Freguesia:
Nº Telefone:	Telemóvel:

b) Contacto 2

Nome Completo:	
Morada:	
Código Postal:	Freguesia:
Nº Telefone:	Telemóvel:

4. Situação Social

Pessoa que recebe apoio frequente de familiares, amigos e/ou vizinhos	
Pessoa que recebe apoio esporádico de familiares, amigos e/ou vizinhos	
Pessoa que não recebe apoio de familiares, amigos e/ou vizinhos	

5. Situação Habitacional

Condições para conservar e aquecer a alimentação. A casa do utente possui:

Fogão	
Micro-ondas	
Frigorífico	
Não possui nenhum dos electrodomésticos mencionados	

A casa do utente possui:

Água canalizada	
Luz eléctrica	
A casa do utente não possui nenhum dos elementos indicados	

Condições de acessibilidade à casa:

O percurso de acesso a casa do utente não possui escadas ou é feito por elevador	
O percurso de acesso a casa do utente possui pequenos lances de escadas, não existindo elevador	
O percurso de acesso a casa do utente possui grandes lances de escadas, não existindo elevador	

5. Rendimento do Agregado

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

6. Despesas do Agregado

Tipo de Despesa/Valor	Elementos do Agregado		
	1	2	3
Renda da Casa	€	€	€
Medicação	€	€	€
Respostas Sociais (SAD/CD)	€	€	€
Outras Despesas Mensais. Quais? _____	€	€	€

7. Instituição que sinaliza

Nova Inscrição:	Sim		Não		Data de inscrição:	
Instituição:						
Técnico/a responsável:						

8. Comparticipação do utente

Valor mensal a pagar:

8. Observações

Observações

Assinatura do/a Técnico/a

Amadora, _____, de _____ de _____

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