

Chefe de Divisão	Coordenador/a de Setor	Técnico/a
Nº de Processo _____ / _____		Nº de Equipamento _____ / _____

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. Outros Dados do Utente

Motivo da inscrição no STAPA:	Solidão	Segurança	Saúde
Doenças e Enfermidades:			
Alergias:			
Intervenções Cirúrgicas:			

	Sim	Não		Sim	Não
Diabetes:			Problemas Cardíacos		
Visão				Audição	
Mobilidade:					
Medicação:					
Dimensão da casa: _____ m ²	Nº Quartos:		Nº de Pisos:		
Melhor Itinerário para chegar:					

3. 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:	
Doenças e Enfermidades:			
Alergias:			

	Sim	Não		Sim	Não
Diabetes:			Problemas Cardíacos		
Visão			Audição		
Mobilidade:					
Medicação:					

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:	

4. Pessoas de Contacto

a) Pessoa de Contacto 1

Nome Completo			
Relação com utente:	Tem a chave de casa?	Sim	Não
Telefone:	Telefone Alternativo:		
Telemóvel:	Telemóvel Alternativo:		

b) Pessoa de Contacto 2

Nome Completo			
Relação com utente:	Tem a chave de casa?	Sim	Não
Telefone:	Telefone Alternativo:		
Telemóvel:	Telemóvel Alternativo:		

c) Pessoa de Contacto 3

Nome Completo			
Relação com utente:	Tem a chave de casa?	Sim	Não
Telefone:	Telefone Alternativo:		
Telemóvel:	Telemóvel Alternativo:		

d) Pessoa de Contacto 4

Nome Completo			
Relação com utente:	Tem a chave de casa?	Sim	Não
Telefone:	Telefone Alternativo:		
Telemóvel:	Telemóvel Alternativo:		

5. Rendimentos

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

6. Contactos de Emergência

		Nome	Contacto
Centro de Saúde da Área de Residência			
Médico de Família			
Hospital da Área de Residência			
Hospital Particular			
Médico 1	Especialidade:		
Médico 2	Especialidade:		
Médico 3	Especialidade:		
Empresa de Ambulâncias Privada			
Autoridade Policial da Área			
Bombeiros da Área de Residência			
Empresa de Táxis			
Companhia de Eletricidade			
Companhia das Águas			
Companhia do Gás			
Eletricista			
Serralheiro			
Canalizador			
Outros			

7. Sinalização da Situação

Sinalização feita por (se aplicável):	
Relação de Parentesco (se aplicável):	
Instituição (se aplicável):	

8. Observações

Observações:	
--------------	--

Assinatura

Amadora, _____, de _____ de _____

Documentos Anexos

- Fotocópia BI /CC/Outros do Utente	
- Fotocópia BI /CC/Outros do requerente	
- 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