

## Serviço de TeleAssistência - Formulário de Adesão

### **Dados de Adesão** (a preencher pela CMO)

Adesão nº \_\_\_\_\_

Nº código \_\_\_\_\_

Data de adesão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº de série do aparelho \_\_\_\_\_

Freguesia	Localidade

### **Identificação do Múncipe**

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Sexo  F  M Estado Civil \_\_\_\_\_

B.I.  Outro  Número \_\_\_\_\_ Emitido por \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Tm. \_\_\_\_\_

### **Contactos para instalação do aparelho**

Nome de contacto \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

Grau de parentesco \_\_\_\_\_

## Serviço de TeleAssistência - Formulário de Adesão

### Informações gerais sobre o Munícipe requerente

#### Rede de apoio sócio-familiar:

Vive sozinho  Vive com cônjuge

Vive com outros  Quem? \_\_\_\_\_

Tem apoio familiar Não  ..... Sim  Nome \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Apoio da Comunidade ou Institucional Não  Sim

Quem \_\_\_\_\_

Tipo de apoio \_\_\_\_\_

#### Saúde

AVC  Diabetes  tipo \_\_\_\_\_ Doenças cardiovasculares

Doenças respiratórias  Aparelho locomotor  Problemas de audição  Visão

Outros aspectos relevantes sobre a saúde do requerente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Habitação

Tipo de habitação \_\_\_\_\_ Tem elevador Sim  Não

## Serviço de TeleAssistência - Formulário de Adesão

Habitação Própria  Arrendada  Outra  Presença de animal Sim  Não

Outros aspectos a referir sobre a habitação \_\_\_\_\_

### Dados para instalação do equipamento

Local onde será colocado o equipamento \_\_\_\_\_

Extensão eléctrica Sim  Não  Outra, qual \_\_\_\_\_

Tomadas eléctricas junto à tomada do telefone Sim  Não

### Rede de Contactos Privilegiados

#### 1º Contacto

Nome \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Disponibilidade de Horário \_\_\_\_\_ Relação com o requerente \_\_\_\_\_

#### 2º Contacto

Nome \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Disponibilidade de Horário \_\_\_\_\_ Relação com o requerente \_\_\_\_\_

#### 3º Contacto

Nome \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Disponibilidade de Horário \_\_\_\_\_ Relação com o requerente \_\_\_\_\_

#### 4º Contacto

Nome \_\_\_\_\_ Contacto \_\_\_\_\_

Disponibilidade de Horário \_\_\_\_\_ Relação com o requerente \_\_\_\_\_

Serviço de TeleAssistência - Formulário de Adesão

---

Reservado para dados solicitados pelo Instituto de Segurança Social

**Identificação de outros utilizadores**

Existe outro possível utilizador do equipamento Sim  Não

Nome \_\_\_\_\_ Relação com o utente \_\_\_\_\_

Local de Inscrição \_\_\_\_\_

Nome de quem aceita a inscrição \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Requerente ou de Representante