

Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Apoio

Nome Completo

Nº de Beneficiário ADSE

Dados sobre o Apoio Solicitado

Tipo de apoio Lar / casa de repouso ☐
 Apoio domiciliário/Centro de dia ☐ Por particular ☐ Por entidade ☐

Motivo da necessidade de apoio

Dados da Entidade ou da Pessoa que Presta o Apoio

Nome NIF

Morada

Código Postal - Localidade

Freguesia Concelho Distrito

Telefone

Grau de parentesco da pessoa que presta apoio domiciliário (caso aplicável)

Dados sobre os Cuidados Prestados em Apoio Domiciliário (caso aplicável)

Alimentação ☐ Higiene pessoal ☐ Mobilidade ☐ Vestir ☐ Uso de instalações sanitárias ☐
 Outros ☐ Quais?

Dados do Agregado Familiar do Beneficiário que Requer Apoio

Parentesco	Nome
Próprio	

Situação Social do Beneficiário que Requer Apoio

Vive / vivia sozinho? Sim ☐ Não ☐

Tem outros familiares? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem?

Convive com:

Familiares	Nunca ☐	Raramente ☐	Frequentemente ☐
Amigos	Nunca ☐	Raramente ☐	Frequentemente ☐
Vizinhos	Nunca ☐	Raramente ☐	Frequentemente ☐

Como ocupa o tempo?



Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Apoio

Está acamado?	Sim ☐	Não ☐	Se sim, há quanto tempo?	_____
Usa auxiliares de marcha?	Sim ☐	Não ☐	Se sim, quais?	_____
Usa fraldas?	Sim ☐	Não ☐		
Veste-se sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐	
Lava-se sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐	
Come sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐	
Anda sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐	
Vai à rua sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐	

Dados do Representante do Beneficiário (caso aplicável)

Nome Completo _____ Parentesco _____

Morada para contato _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____

Observações

Declaração de Veracidade das Informações Prestadas

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar a ADSE, I.P., de imediato, de qualquer superveniente alteração das informações agora prestadas.

Data _____

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário (caso aplicável)

Assinatura da entidade (com carimbo) ou pessoa que presta o apoio domiciliário (caso aplicável)

