



**CÂMARA  
MUNICIPAL  
NISA**

**Sector de Acção Social**

**EXM<sup>a</sup> SENHORA  
PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL  
DE NISA**

**SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA - PEDIDO DE ADESÃO**

(a preencher pelos Serviços da Câmara Municipal de Nisa)

**Processo nº** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1- Identificação da linha telefónica (Rede Fixa):**

Portugal Telecom - PT  Outra  Qual? \_\_\_\_\_

**2- Identificação do candidato:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Estado Civil: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Tipo de contrato: \_\_\_\_\_

Portador do B.I./C. Cidadão nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Nº de Contribuinte: \_\_\_\_\_ Nº de Eleitor: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Outros Documentos: \_\_\_\_\_

Telefone pessoal (Fixo): \_\_\_\_\_ (Móvel): \_\_\_\_\_

**3- Motivo da Adesão:**

Solidão  Segurança  Saúde  Outro: \_\_\_\_\_

**4- Caracterização da Situação do Candidato**

**4.1. Caracterização Sócio-familiar:**

Vive sozinho  Vive com Familiar  Qual? \_\_\_\_\_

Tem Apoio: Familiar  Vizinhos  Institucional

Qual? Serviço de Apoio Domiciliário  Centro de Dia  Centro de Convívio

Outro \_\_\_\_\_ Horário de Frequência: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Nome da Entidade/Instituição \_\_\_\_\_

**4.2. Situação Clínica:**

Sofre de alguma patologia: Não  Sim

Se sim, indique: AVC  Doenças Cardiovasculares  Doenças Respiratórias

Doença de Diabetes  Tipo \_\_\_\_\_

Aparelho Locomotor  Problemas de Audição  Problemas de Visão

Outras  Quais? \_\_\_\_\_



**CÂMARA  
MUNICIPAL  
NISA**

## Sector de Acção Social

### 5 - Rede de Apoio ao Candidato/Rede de Apoio Local (Familiar, Vizinhos, Entre outros)

Identificação	Contacto Telefónico	Relação com o utente
Nome: _____ Disponibilidade horário: _____		

Rede Formal/Institucional	Contacto Telefónico	Observações
Santa Casa da Misericórdia de _____		
Cruz Vermelha _____		
Centro de Saúde _____		
Médico Particular _____		
Hospital referência _____		
PSP/GNR (Locais) _____		
Bombeiros (Locais) _____		
Outros: _____		

Destes contactos, quais têm a chave do domicílio? \_\_\_\_\_

### 6 - Identificação de outros residentes no mesmo domicílio

	Nome	Relação com utente: Cônjuge? Familiar, Qual? Outro?	Contactos
1			
2			
3			
4			

Existem outras pessoas no mesmo domicílio que necessitem do Serviço de Teleassistência?

Não  Sim  Quem? \_\_\_\_\_

### 7. Documentos Entregues

- Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão
- Comprovativo de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade
- Comprovativo de residência. Qual? \_\_\_\_\_
- Comprovativo de Rendimento. Qual? \_\_\_\_\_
- Comprovativo de despesas. Qual? \_\_\_\_\_

### 8. Critérios de Seleção

- Cartão do Idoso e/ou idade igual ou superior a 65 anos
- Portador de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade
- Situação Familiar
- Situação Económica
- Relações Sociais
- Apoio de Rede Social



**CÂMARA  
MUNICIPAL  
NISA**

**Sector de Acção Social**

---

**SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA - PEDIDO DE ADESÃO**

**Proteção de Dados Pessoais**

Os dados fornecidos pelo requerente destinam-se, exclusivamente, à instrução de candidatura e ao funcionamento do Serviço de Teleassistência, sendo a Câmara Municipal de Nisa a entidade responsável pelo seu tratamento.

É garantida a confidencialidade no tratamento de dados, em conformidade com a legislação aplicável, sendo assegurados todos os direitos aos seus titulares, incluindo o de acesso, rectificação e eliminação.

Nisa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

(Assinatura do Requerente)