

SAD  Centro Dia  C/Transporte

Data do Pedido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data da Visita Domiciliária: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CLIENTE

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

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° BI/CC \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ NISS (Beneficiário Seg. S.) \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_-\_\_\_

Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 2. CONTACTOS DE REFERÊNCIA

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

Telefone de casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### 3. SOBRE O PEDIDO

Pedido apresentado por:

Próprio/a  Cônjuge  Filho/a  Outro familiar  Hospital  Outra Instituição  Vizinho/a

Nome da pessoa que faz o pedido: \_\_\_\_\_

Motivo do pedido: \_\_\_\_\_

Natureza do Pedido	Dias Semana	Sábado	Domingo	Feriado
Alimentação				
Higiene Pessoal				
Higiene da Habitação				
Tratamento Roupa				
Outro   Qual?				

### Encaminhamento Dado ao Pedido:

Pedido Aceite  Pedido Aceite Parcialmente  Pedido em Lista de Espera

Pedido Encaminhado para Outra Entidade  Qual e Porquê? \_\_\_\_\_

Pedido Recusado  Porquê? \_\_\_\_\_

Outra Situação  Qual? \_\_\_\_\_

Resposta dada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nota: Todos os dados facultados para o processo individual do Cliente destinam-se unicamente à gestão de Clientes.

Instituição

O Candidato/Representante Legal