



SAD

C. DIA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE / CLIENTE

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Estado Civil _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Contato: _____

BI N° / C. Cidadão _____ N° de Contribuinte: _____

N.º Beneficiário Seg. Social: _____ SNS: _____

Dependência: Acamado Dependente Semi dependente Autónimo

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA PESSOA RESPONSÁVEL DO UTENTE

Nome: _____

Parentesco: _____ C.C. _____ NIF. _____

Morada: _____

Contato: _____ / _____ Email: _____

3. SERVIÇOS SOLICITADOS – PRESTADOS

Serviços Solicitados	Frequência			N.º vezes Dia	
	2.ª a 6ª Feira	Sábado	Domingo	1x dia	2x dia
Higiene pessoal					
Cuidados imagem					
Fornecimento de refeições					
Suplemento alimentar					
Apoio na alimentação					
Tratamento / Assistência Medicamentosa					
Higiene habitacional					
Tratamento da roupa					
Transporte					
Ativ. Desportivas, culturais, de laser e religiosas					
Aquisição de bens no exterior					
Acompanhamento ao exterior					
Apoio Social					

4. OBSERVAÇÕES

