



Serviço de Teleassistência Domiciliária - VOZ AMIGA, para sua Segurança e Companhia!

Registo n.º:

Processo n.º:

Registado em:

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Câmara Municipal de Viana do Alentejo

REQUERENTE

Nome:*

Data Nascimento: Estado Civil

Domicílio:* N.º: Lote/Andar:

Código Postal: Localidade:*

Contacto Telefónico:

Documento de Identificação: N.º:

Válido até: NIF:* Seg. Social nº:

Sistema de Saúde: Nº:

E-mail:

(Os campos assinalados com * são de preenchimento obrigatório)

AGREGADO FAMILIAR

Vive só? Sim Não

Caso Não Viva Só

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Remuneração	Reform. / Pens.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome:*

Data Nascimento: Estado Civil

Domicílio:* N.º: Lote/Andar:

Código Postal: Localidade:*

Contacto Telefónico:

Documento de Identificação: N.º:

Válido até: NIF:* Seg. Social nº:

Sistema de Saúde: Nº:

Parentesco / Relação com o requerente:

Nome:*

Data Nascimento: Estado Civil

Domicílio:* N.º: Lote/Andar:

Código Postal: Localidade:*

Contacto Telefónico:



Documento de Identificação:		N.º:	
Válido até:	NIF:*	Seg. Social nº:	
Sistema de Saúde:		Nº:	
Parentesco / Relação com o requerente:			
Nome:*			
Data Nascimento:		Estado Civil	
Domicílio:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:		Localidade:*	
Contacto Telefónico:			
Documento de Identificação:		N.º:	
Válido até:	NIF:*	Seg. Social nº:	
Sistema de Saúde:		Nº:	
Parentesco / Relação com o requerente:			
Nome:*			
Data Nascimento:		Estado Civil	
Domicílio:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:		Localidade:*	
Contacto Telefónico:			
Documento de Identificação:		N.º:	
Válido até:	NIF:*	Seg. Social nº:	
Sistema de Saúde:		Nº:	
Parentesco / Relação com o requerente:			

ASPETOS PARTICULARES

Motivos de inscrição:	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Segurança	<input type="checkbox"/> Solidão	<input type="checkbox"/> Outros
Dados de Saúde:				
É portador(a) de alguma deficiência:	<input type="checkbox"/> Motora	<input type="checkbox"/> Sensorial	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Tem diabetes?
Grau de mobilidade:	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Autónomo (a)		
Vê bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Ouve bem?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Problemas Cardíacos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Grupo Sanguíneo:				
Intervenções cirúrgicas:				
Medicamentos que toma:				
Alergias:				



REDE DE APOIO SOCIAL

Centro de Saúde:		Telef:	
Médico de Família:		Telef:	
Hospital mais próximo		Telef:	
Médio particular:		Telef:	
Bombeiros:		Telef:	
GNR:		Telef:	

REDE DE SUPORTE SOCIAL (Familiars, amigos, vizinhos)

Nome:*			
Domicílio:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:*		
Contacto Telefónico:	Parentesco / Relação com o requisitante:		
Nome:*			
Domicílio:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:*		
Contacto Telefónico:	Parentesco / Relação com o requisitante:		
Nome:*			
Domicílio:*		N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:*		
Contacto Telefónico:	Parentesco / Relação com o requisitante:		

NOTIFICAÇÕES

Consinto que as notificações/comunicações sejam feitas via: (aplicável a pessoas singulares)	<input type="checkbox"/> Caixa Postal Eletrónica (ViaCTT)	
	<input type="checkbox"/> Telefone	
	<input type="checkbox"/> Fax	
	<input type="checkbox"/> E-mail	
As notificações/comunicações feitas por via postal deverão ser enviadas preferencialmente para a seguinte morada:	<input type="checkbox"/> Requerente	
	<input type="checkbox"/> Outra morada (por favor, indique):	
Domicílio/Sede:	N.º:	Lote/Andar:
Código Postal:	Localidade:	

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Os dados pessoais recolhidos neste pedido são necessários, única e exclusivamente, para dar cumprimento ao disposto no artigo 102.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), no artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril e/ou ao previsto na legislação específica aplicável ao pedido formulado.
- O tratamento dos dados referidos no ponto 1 por parte do Município respeitará a legislação em vigor em matéria de proteção de dados pessoais e será realizado com base nas seguintes condições:
 - Responsável pelo tratamento** - Município de Viana do Alentejo;
 - Finalidade do tratamento** - Cumprimento de uma obrigação jurídica (CPA e/ou de legislação específica aplicável ao pedido formulado) ou necessário ao exercício de funções de interesse público;
 - Destinatário(s) dos dados** - Serviço municipal com competência para analisar ou intervir no pedido, de acordo com a orgânica municipal em vigor;
 - Conservação dos dados pessoais** - Prazo definido na legislação aplicável ao pedido.
- Para mais informações sobre as práticas de privacidade do Município consulte o nosso site em www.cm-vianadoalentejo.pt ou envie um e-mail para protecao.dados@cm-vianadoalentejo.pt.



4. Os documentos apresentados no âmbito do presente pedido são documentos administrativos, pelo que o acesso aos mesmos se fará em respeito pelo regime de acesso à informação administrativa e ambiental e reutilização dos documentos administrativos (Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto).

OUTRAS DECLARAÇÕES

* O(A) subscritor(a), sob compromisso de honra e consciente de incorrer em eventual responsabilidade penal caso preste falsas declarações, declara que os dados constantes do presente requerimento correspondem à verdade.

Pede deferimento,

Viana do Alentejo, ___/___/___

O(A) Requerente / O(A) Representante

(Assinatura do(a) requerente ou de outrem a seu rogo, se o(a) mesmo(a) não souber ou não puder assinar)

Conferi a identificação do(a) Requerente/Representante através dos documentos de identificação exibidos.

Validei a conformidade da assinatura de acordo com o documento exibido.

O(A) Funcionário(a)

Responsável pela Direção do Procedimento:

Contacto Telefónico

E-mail:

Gestor(a) do Procedimento:

Contacto Telefónico

E-mail:



FUNDAMENTAÇÃO DA NÃO APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS A APRESENTAR

- Requerente - Documento(s) comprovativo(s) da legitimidade;
- Atestado de residência e de composição do agregado familiar com discriminação dos graus de parentesco;
- Documento comprovativo dos rendimentos do agregado familiar auferidos nos últimos 3 meses.
- Em caso de ausência de rendimentos por parte de alguns dos elementos do agregado familiar, maior de idade, deverá ser feita prova da sua situação (subsídio de desemprego, frequência de ensino ou outra situação devidamente comprovada).
- Comprovativo do valor da reforma; pensões, pensões de alimentos; Complemento Solidário para Idosos; abonos; prestações sociais; bolsas de estudo/formação ou outros rendimentos.
- Outro(s):