

# SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

## PEDIDO DE ADESÃO

(a preencher pelos Serviços da Câmara Municipal de Lisboa)

Processo Nº: \_\_\_\_\_

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

Tem linha telefónica da rede fixa  Sim

Não

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

FREGUESIA: \_\_\_\_\_ C. POSTAL:  -

B.I.:  N.º CONTRIBUINTE:  D. NASC.:  -  -

SEXO: F  M  ESTADO CIVIL: CASADO(A)  VIÚVO(A)  SOLTEIRO(A)  UNIÃO DE FACTO  DIVORCIADO(A)

TELEFONE CASA:  TELEMÓVEL:

TELEFONE (OUTRO):  EMAIL: \_\_\_\_\_

### 2. MOTIVO DA ADESÃO

Solidão  Segurança  Saúde

Outros: \_\_\_\_\_

### 3. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DO REQUERENTE

SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR: Vive sozinho(a)  Vive com familiar  Qual? \_\_\_\_\_

Tem Apoio: Familiar

Vizinhos

Institucional  Qual? \_\_\_\_\_

#### SITUAÇÃO CLÍNICA:

Sofre de alguma Patologia: Sim  Não

Se Sim, indique: AVC  Doenças cardiovasculares  Doenças respiratórias

Doença de Diabetes  Tipo \_\_\_\_\_

Aparelho locomotor  Problemas de audição  Problemas de visão

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

## SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

### PEDIDO DE ADESÃO

#### 4. NÚMERO DE APOIO PERMANENTE AO REQUERENTE

Nº Verde: 800 204 204 - Sala de Operações Conjunta (SALOC) da Cidade de Lisboa

#### 5. REDE DE APOIO ADICIONAL AO REQUERENTE / REDE DE APOIO LOCAL

Rede Informal	Contactos	Relação com o utente
1º Contacto: Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
2º Contacto: Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
3º Contacto: Nome _____ Disponibilidade horário: _____		
4º Contacto: Nome _____ Disponibilidade horário: _____		

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

Destes contactos quais têm as chaves do domicílio? \_\_\_\_\_

## SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

### PEDIDO DE ADESÃO

#### 6. IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS RESIDENTES NO MESMO DOMICÍLIO:

Existem outras pessoas que residem no mesmo domicílio?

Sim  Não Quantos? \_\_\_\_\_

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

#### 7. DOCUMENTOS ENTREGUES

- Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão
- Fotocópia da declaração anual de rendimentos do agregado familiar ou
- Declaração negativa emitida pela autoridade tributária
- Comprovativo de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade.
- Comprovativo de residência Qual? \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

Nota: É Obrigatória a entrega dos documentos acima referidos, sob pena de indeferimento do pedido (Art. 6.º, N.º 2 das Normas Regulamentares do Serviço de Teleassistência)

#### 8. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO (a preencher pelos Técnicos da CML/DDS)

- Idade igual ou superior a 65 anos
- Portador de deficiência ou doença crónica determinante de incapacidade, se a capacidade for igual ou superior a 60%, mesmo que com idade inferior a 65 anos,
- Rendimento mensal igual ou inferior ao SMN  Rendimento mensal superior ao SMN
- Outros \_\_\_\_\_

#### 9. OBSERVAÇÕES (a preencher pelos Técnicos da CML/DDS)

---

---

---

## SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

### PEDIDO DE ADESÃO

#### 10. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Os dados fornecidos pelo requerente destinam-se, exclusivamente, à instrução da candidatura e ao funcionamento do Serviço de Teleassistência, sendo a Câmara Municipal de Lisboa 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, retificação e eliminação.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do requerente)