



## FICHA DE INSCRIÇÃO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

### I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ BI/CC nº: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Profissão que exerceu: \_\_\_\_\_  
Sócio do CSPO, nº \_\_\_\_\_ admitido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Quotas em dia: Sim  Não   
Valor de quotas pagas até à data: : \_\_\_\_\_

### II – QUESTIONÁRIO

1- Com quem se encontra a viver actualmente?

- 1.1 - Cônjugue  1.3 - Sozinho   
1.2 - Filhos  1.4 - Outros Familiares  \_\_\_\_\_

### III – CONTACTOU O CSPO:

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Sócio nº \_\_\_\_\_ Quotas pagas até: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Data início dos serviços: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Doc's em falta: \_\_\_\_\_ Prazo para entrega: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### IV – INFORMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL:

1- Capacidade da valência \_\_\_\_\_

2- Serviços pretendidos: \_\_\_\_\_

3- Mensalidade: \_\_\_\_\_ Cálculo provisório

4-Declaração médica: Sim  Não  Parecer do médico: Favorável  Desfavorável

Médico: \_\_\_\_\_ Data da Declaração:: \_\_\_\_\_

5- Data de cessação do contrato: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5 -Motivo da cessação do contrato: \_\_\_\_\_

Ourentã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

A Técnica Superior