

Contacto presencial  Contacto telefónico  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SIGNIFICATIVO

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

Relação com o cliente: \_\_\_\_\_ Morada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

### 3. FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. ASSINATURAS

Cliente: \_\_\_\_\_

Significativo: \_\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_

Contacto para a entrevista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Rubrica \_\_\_\_\_ Data agendada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

GCAO.C.1/0



#### **Documentação a trazer para a avaliação (\* A entrega é obrigatória):**

- \*Bilhete de identidade ou Cartão do Cidadão;
- \*Nº de contribuinte;
- \*Cartão de beneficiário da segurança social ou pensionista;
- \*Cartão do serviço nacional de saúde;
- \*Boletim de vacinas atualizado
- Relatórios médicos/técnicos que indiquem: medicação, limitação à prática desportiva, cuidados e estado de saúde;
- Atestado de incapacidade multiusos;
- Documento comprovativo de responsabilidade legal;
- \*Cartão do Cidadão/Bilhete de identidade do significativo;
- \*NISS do significativo;
- \*Contribuinte do significativo.

GCAO.C.1/1