

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
 INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, I.P.
 ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE APOIO DOMICILIÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO APOIADO

Nome _____

Beneficiário da ADM N° _____

IDENTIFICAÇÃO DA TERCEIRA PESSOA, INSTITUIÇÃO OU SERVIÇO

Nome Completo _____

Morada _____

Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Código Postal _____

Telefone _____ E-mail _____

Número Identificação Fiscal (NIF) _____

- Terceira pessoa particular: Profissão _____ Grau de Parentesco _____
 (Juntar comprovativo dos dados do Cartão de Cidadão e NIF)

- Instituição ou serviço: IPSS Com fins lucrativos Oficial

Valências: _____

(Enviar fotocópia de recibo em branco)

CUIDADOS PRESTADOS AO BENEFICIÁRIO

Higiene pessoal Alimentação Vestuário Locomoção

Uso de instalações sanitárias Outros Quais? _____

Nº horas por dia: Nº vezes semana: Encargo mensal previsível € _____

Data de início da prestação do apoio ____ / ____ / ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos que nos responsabilizamos quanto às declarações prestadas e nos comprometemos a informar qualquer alteração posterior.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura

Assinatura

(Titular ou representante)

(Terceira pessoa ou responsável pela Instituição, com selo ou carimbo)

