



## Registo de Entrevista – Transporte Solidário

### DADOS INTERNOS

Data da Entrevista

 /  / 

Nº. do Processo

### IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE

Nome do/a Requerente

Estado Civil

Idade

Escolaridade

Empregado/a

Reformado/a

Desempregado/a

Longa Duração

Curta Duração

Contactos

 / 

### COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Companheiro/a / Cônjuge

Nome:

Idade

Escolaridade

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Local

Incapacidade > 60%

Número de Filhos/as:

Nome:

Idade

Escolaridade

Estudante

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Local

Incapacidade > 60%

Nome:

Idade

Escolaridade

Estudante

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Local

Incapacidade > 60%

Nome:

Idade

Escolaridade

Estudante

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Local

Incapacidade > 60%

Nome:

Idade

Escolaridade

Estudante

Empregado/a

Desempregado/a

Reformado/a

Local

Incapacidade > 60%



**BARCELOS**  
MUNICÍPIO

Largo do Município  
4750-323 Barcelos

Outro/a:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>						
Idade	<input type="text"/>	Escolaridade	<input type="text"/>	Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>
Local	<input type="text"/>			Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>				
Outro/a:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>						
Idade	<input type="text"/>	Escolaridade	<input type="text"/>	Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>
Local	<input type="text"/>			Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>				

### SITUAÇÃO FACE À SAÚDE

Motivo do Transporte

Consulta  Tratamento  Exames Complementares de Diagnóstico

Horário:  Entidade:

Frequência: Diária  Semanal  Quinzenal  Mensal  Outro

Necessita de Acompanhante? Sim  Não  Nome do/a Acompanhante:

Médico/a de Família:  Unidade de Saúde:

Está abrangido/a pelo Sistema Nacional de Saúde? Sim  Não

Data do Atestado Médico  /  /  Data da Declaração da Farmácia  /  /

### SITUAÇÃO HABITACIONAL

Morada

Possui casa própria: Sim  Não

Possui empréstimo: Sim  Não  Valor  €

Possui apoio à habitação: Sim  Não  Valor  €



**SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR**

Vencimento <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	RSI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Subsídio de Desemprego <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Formação <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Invalidez <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Ensino Superior <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Velhice <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Prestação por Deficiência e/ou Dependência <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Sobrevivência <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Propina Ensino Superior <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Alimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outros Rendimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Gasto Médio Mensal:			
Água <input type="text"/>	Eletricidade <input type="text"/>	Gás <input type="text"/>	
Telemóvel <input type="text"/>	Jardim de Infância e/ou Prolongamento <input type="text"/>		
Apoio Domiciliário e/ou encargos com a colocação de pessoas do agregado familiar em equipamentos de apoio à família			
<input type="text"/>			

**ENCAMINHAMENTOS**

Produtos de Apoio <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Rendimento Social de Inserção <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Alimentos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Complemento Solidário do Idoso <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Roupas, Calçado e Brinquedos <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Porta 65 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Banco de Material Escolar <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cantina Social <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		
Barcelos a Sorrir	Prótese Dentária <input type="checkbox"/>	Tratamento Adultos/as <input type="checkbox"/>	Tratamento Crianças <input type="checkbox"/>
Pessoa(s) do Agregado	<input type="text"/>		
Promoção Imagem	Corte <input type="checkbox"/>	Coloração <input type="checkbox"/>	Brushing <input type="checkbox"/>
	Manicure <input type="checkbox"/>	Barba <input type="checkbox"/>	
Pessoa(s) do Agregado	<input type="text"/>		
Promoção Saúde Ocular e Auditiva (crianças até aos 12 anos) <input type="checkbox"/>			
Pessoa(s) do Agregado	<input type="text"/>		

**MONITORIZAÇÃO**

À data de:  /  /



**OBSERVAÇÕES**

Requerente

Técnico/a Superior

Data

//