

# FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA – DRSS

Processo nº \_\_\_\_\_

(a preencher pelos Serviços Centrais)



TELEASSISTÊNCIA  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Novo  Alteração

Data início: \_\_\_\_\_



Governo dos Açores  
Secretaria Regional da Solidariedade Social  
Direção Regional da Solidariedade Social

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

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

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

LOCALIDADE: \_\_\_\_\_ C. POSTAL:     -   \_\_\_\_\_

BI/CC:         N.º CONTRIBUINTE:         D. NASC.:   -   -

SEXO: F  M  TELEFONE:         TELEMÓVEL:

EMAIL: \_\_\_\_\_

## 2. SERVIÇOS QUE PRETENDE (preços apresentados incluem IVA à taxa legal em vigor)

### 2.1. OPÇÃO DE ALUGUER DO EQUIPAMENTO

- Teleassistência Fixa<sup>①</sup> - regime Especial  
 Teleassistência Fixa<sup>①</sup> - regime Geral  
 Teleassistência Móvel - regime Especial  
 Teleassistência Móvel - regime Geral

#### MENSALIDADE

(assegurada pela DRSS)

15,00€

(assegurada pela DRSS)

22,00€

① instalação de 50€, se efectuada pela CVP

Caso seja regime especial, não preencher o nº 3 da Ficha de Adesão

Enviar esta Ficha de Adesão devidamente preenchida e assinada + cópias do B.I./C.C., IBAN (Número de Identificação Bancária) e Cartão de Contribuinte para a morada: • Serviço de Teleassistência • Cruz Vermelha Portuguesa • Jardim 9 de Abril, 1 a 5 • 1249-083 Lisboa





## ANEXO À FICHA DE ADESÃO

Processo: \_\_\_\_\_ Processo N<sup>o</sup>TA \_\_\_\_\_

LOGO ENT.

### CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE APOIO DO UTENTE / Rede de Apoio Local

| Rede Informal                 | Contactos | Relação com o utente |
|-------------------------------|-----------|----------------------|
| 1 <sup>o</sup> contacto: Nome |           |                      |
| Disponibilidade horário:      |           |                      |
| 2 <sup>o</sup> contacto: Nome |           |                      |
| Disponibilidade horário:      |           |                      |
| 3 <sup>o</sup> contacto: Nome |           |                      |
| Disponibilidade horário:      |           |                      |
| 4 <sup>o</sup> contacto: Nome |           |                      |
| Disponibilidade horário:      |           |                      |

Destes contactos qual tem as chaves do domicílio?

\_\_\_\_\_

| Rede Formal               | Contactos | Observações |
|---------------------------|-----------|-------------|
| PSP / GNR (Locais)        |           |             |
| Cruz Vermelha _____       |           |             |
| Centro de Saúde _____     |           |             |
| Médico Particular _____   |           |             |
| Hospital referência _____ |           |             |
| Bombeiros Locais _____    |           |             |
| Outros:                   |           |             |

### IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS UTILIZADORES RESIDENTES (não aplicável ao serviço móvel):

Existem outros possíveis utilizadores residentes do Equipamento? Sim  Não  Quantos? \_\_\_\_\_

|   | Nome | Relação com utente:<br>Cônjuge? Familiar, qual?<br>Outro? | Contactos |
|---|------|---|-----------|
| 1 |      |   |           |
| 2 |      |   |           |
| 3 |      |   |           |
| 4 |      |   |           |

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura de quem preenche: \_\_\_\_\_