



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE REEMBOLSO PARA LAR / CASA DE REPOUSO E APOIO DOMICILIÁRIO

Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Apoio

Nome Completo _____

Nº Beneficiário SAD/GNR _____

Dados sobre o Apoio Solicitado

Tipo de apoio Lar / casa de repouso ☐
Apoio domiciliário ☐ Por particular ☐ Por entidade ☐

Motivo da necessidade de apoio _____

Dados da Entidade ou da Pessoa que Presta o Apoio

Nome _____ NIF _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Telefone _____ Data início do apoio / internamento: _____

Grau de parentesco da pessoa que presta apoio domiciliário (caso aplicável) _____

Dados sobre os Cuidados Prestados em Apoio Domiciliário (caso aplicável)

Alimentação ☐ Higiene pessoal ☐ Mobilidade ☐ Vestir ☐ Uso de instalações sanitárias ☐

Outros ☐ Quais? _____

Dados do Agregado Familiar do Beneficiário que Requer Apoio

Parentesco	Nome
Próprio	

Situação Social do Beneficiário que Requer Apoio

Vive / vivia sozinho? Sim ☐ Não ☐

Tem outros familiares? Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem? _____

Convive com: Familiares Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐

Amigos Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐

Vizinhos Nunca ☐ Raramente ☐ Frequentemente ☐

Como ocupa o tempo? _____



Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Apoio

Está acamado?	Sim ☐	Não ☐	Se sim, há quanto tempo? _____
Usa auxiliares de marcha?	Sim ☐	Não ☐	Se sim, quais? _____
Usa fraldas?	Sim ☐	Não ☐	
Veste-se sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐
Lava-se sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐
Come sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐
Anda sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐
Vai à rua sozinho?	Sim ☐	Com ajuda ☐	Não ☐

Dados do Representante do Beneficiário (caso aplicável)

Nome Completo _____ Parentesco _____

Morada para contato _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____

Observações

Declaração de Veracidade das Informações Prestadas

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar o SAD/GNR, de imediato, de qualquer superveniente alteração das informações agora prestadas.

Data _____

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário (caso aplicável)

Assinatura da entidade (com carimbo) ou pessoa que presta o apoio domiciliário (caso aplicável)

O Responsável pela Receção do Documento

_____, ____ de _____ de _____
(Data da Receção do Documento no Serviço)

(nome, número e posto)