

N.º Unidade Base	Cód. Botão	N.º Cliente

FICHA DE DADOS

DADOS PESSOAIS DO ASSINANTE

Apelido : _____ Nome : _____

Data de nascimento : _____ Sexo : M __ F__ Estado Civil : _____

Morada : _____

Localidade : _____ Código Postal : _____

Freguesia : _____ Concelho : _____ Distrito : _____

Documento de identificação : BI __ Passaporte __ Outro: _____

N.º : _____ de _____ emitido por _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

N.º de Contribuinte : _____ N.º Utente SNS : _____ Outro SNS: _____

Vive só ? SIM __ NÃO __ Motivo da inscrição : SOLIDÃO __ SEGURANÇA__ SAÚDE__ OUTROS__

OUTROS DADOS

Doenças e enfermidades do assinante: _____

Alergias: _____

Intervenções cirúrgicas: _____

Diabetes: SIM __ NÃO __ Problemas cardíacos : SIM __ NÃO __

Vista: SIM __ NÃO__ Audição : SIM __ NÃO __

Mobilidade: _____

Medicação: _____

Dimensão da casa : _____ m2 N.º de quartos : _____ N.º de pisos : _____

Melhor itinerário para chegar : _____

Outros dados de relevo : _____

PESSOAS COM QUEM VIVE

1. Apelido : _____ Nome : _____

Data de nascimento : _____ Sexo : M __ F__ Estado Civil : _____

Documento de identificação : BI __ Passaporte __ Outro: _____

N.º : _____ de _____ emitido por _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

N.º de Contribuinte : _____ N.º Utente SNS : _____ Outro SNS: _____

Relação com o assinante: _____

Doenças e enfermidades: _____

Alergias : _____

Intervenções cirúrgicas : _____

Diabetes : SIM __ NÃO __ Problemas cardíacos : SIM __ NÃO __

Vista : SIM __ NÃO __ Audição : SIM __ NÃO __

Mobilidade : _____

Medicação: _____

2. Apelido : _____ Nome : _____

Data de nascimento : _____ Sexo : M __ F__ Estado Civil : _____

Documento de identificação : BI __ Passaporte __ Outro: _____

N.º : _____ de _____ emitido por _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

N.º de Contribuinte : _____ N.º Utente SNS : _____ Outro SNS: _____

Relação com o assinante: _____

3. Apelido : _____ Nome : _____

Data de nascimento : _____ Sexo : M __ F__ Estado Civil : _____

Documento de identificação : BI __ Passaporte __ Outro: _____

N.º : _____ de _____ emitido por _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

N.º de Contribuinte : _____ N.º Utente SNS : _____ Outro SNS: _____

Relação com o assinante: _____

PESSOAS DE CONTACTO

1. Apelido : _____ Nome : _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

Relação com o assinante: _____ Tem chave casa? SIM ___ NÃO ___

2. Apelido : _____ Nome : _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

Relação com o assinante: _____ Tem chave casa? SIM ___ NÃO ___

3. Apelido : _____ Nome : _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

Relação com o assinante: _____ Tem chave casa? SIM ___ NÃO ___

4. Apelido : _____ Nome : _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

Relação com o assinante: _____ Tem chave casa? SIM ___ NÃO ___

5. Apelido : _____ Nome : _____

N.º de Telefone (1) : _____ N.º de Telefone (2) : _____ Fax : _____

Telemóvel (1) : _____ Telemóvel (2) : _____ E-mail : _____

Relação com o assinante: _____ Tem chave casa? SIM ___ NÃO ___

EMERGÊNCIA MÉDICA

Centro de saúde da zona : _____ N.º Telefone: _____

Médico de família : _____ N.º Telefone: _____

Hospital mais próximo : _____ N.º Telefone: _____

Hospital Privado: _____ N.º Telefone: _____

Médico particular: _____ Especialidade: _____ N.º Telefone: _____

Médico particular: _____ Especialidade: _____ N.º Telefone: _____

Médico particular: _____ Especialidade: _____ N.º Telefone: _____

Ambulâncias : _____ N.º Telefone: _____

Ambulância Privada: _____ N.º Telefone: _____

OUTRAS AJUDAS

Autoridades Policiais da zona: _____ N.º Telefone: _____

Bombeiros da Zona : _____ N.º Telefone: _____

Táxis: _____ N.º Telefone: _____

Companhia de Electricidade: _____ N.º Telefone: _____

Companhia da Água: _____ N.º Telefone: _____

Companhia do Gás: _____ N.º Telefone: _____

Electricista: _____ N.º Telefone: _____

Serralheiro: _____ N.º Telefone: _____

Canalizador: _____ N.º Telefone: _____

Outros: _____

NOTAS GENÉRICAS

Os dados acima fornecidos estão correctos sendo o seu conteúdo da responsabilidade do ASSINANTE. O ASSINANTE compromete-se a fornecer e a manter actualizados dados pessoais verdadeiros. É reconhecido ao ASSINANTE o direito de consulta e actualização directamente por si dos seus dados pessoais depositados junto da HELPPHONE, bem como o direito de corrigi-los e/ou de aditá-los, e a possibilidade de, a qualquer momento, solicitar que os seus dados não sejam objecto de actividades de marketing ou Telemarketing ou fornecimento a sociedades directa ou indirectamente participadas ou participantes, nos termos do Código das Sociedades Comerciais.

O ASSINANTE desde já consente na recolha e tratamento informático dos seus dados, autorizando que a HELPPHONE insira estes dados numa base apropriada. A HELPPHONE é responsável pela protecção desta base de dados e dos dados nela existentes. Os dados pessoais fornecidos pelo ASSINANTE servem para fins de prestação dos serviços descritos no art. 2 das condições gerais anexadas ao contrato de adesão, bem como para actividades de informação, marketing e Telemarketing da HELPPHONE e de sociedades directa ou indirectamente participadas ou participantes, nos termos do Código das Sociedades Comerciais. O responsável pelos ficheiros informáticos é a HELPPHONE.

DATA: _____, ____/____/____

O ASSINANTE: _____

PELA HELPPHONE: _____