

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 sejam removidos ou não sejam objecto de actividades de marketing ou Telemarketing ou fornecimento a sociedades directa ou indirectamente participadas ou participantes pela/na HELPPHONE, nos termos do Regulamento Geral de Protecção de Dados e demais legislação aplicável.

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 Regulamento Geral de Protecção de Dados e demais legislação aplicável.

O responsável pelos ficheiros informáticos é a HELPPHONE, assegurando esta a segurança e confidencialidade dos dados fornecidos, nos termos do Regulamento Geral de Protecção de Dados e demais legislação aplicável.

DATA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

O ASSINANTE: \_\_\_\_\_

PELA HELPPHONE: \_\_\_\_\_