

**TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA****Anexo I**

Exmo. Senhor  
Presidente da Câmara Municipal de Cascais

**Identificação do requerente:**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Género: Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_  
Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade (1) nº \_\_\_\_\_ Valido até \_\_\_\_\_  
Nº de Cartão de Utente (1) (SNS): \_\_\_\_\_  
Nº de Beneficiário da Segurança Social (1) (NISS): \_\_\_\_\_  
Nº de Identificação Fiscal (1) (NIF): \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_  
Freguesia: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Contato para possíveis esclarecimentos (obrigatório se for menor ou dependente):  
Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Rendimento do próprio: (2)**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**Ou**

**Rendimento do agregado familiar: (2)**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**Saúde: (3)**

Tipo de Deficiência:  
Incapacidade duradoura física \_\_\_ Mental/Intelectual \_\_\_ Sensorial \_\_\_

Baixa Autonomia (alteração nas funções do corpo) \_\_\_\_\_

Mobilidade condicionada (desloca-se c/ajuda técnica) \_\_\_\_\_

Outra situação \_\_\_\_\_

Grau de Incapacidade: \_\_\_\_\_

Cadeira de rodas: Sim \_\_\_ Não \_\_\_  
Manual \_\_\_\_\_ Elétrica \_\_\_\_\_

Médico de família: Sim: \_\_\_ Não: \_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Outros problemas de saúde: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA**

---

**Objetivo do transporte:**1) **Frequência de Estabelecimento de Ensino:** (4)**Regular** \_\_\_\_ **Especial** \_\_\_\_ **Universitário** \_\_\_\_**Frequência de exames universitários:** \_\_\_\_

1.a) No Concelho: \_\_\_\_ Fora do Concelho: \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_

2) **Formação Profissional:** \_\_\_\_ **Inserção Profissional:** \_\_\_\_ (5)

2.a) No Concelho: \_\_\_\_ Fora do Concelho: \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_

3) **Equipamento Social na área CAO** \_\_\_\_ (5)

3.a) No Concelho: \_\_\_\_ Fora do Concelho: \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_

4) **Serviço pontual de saúde:** (6) \_\_\_\_ qual: \_\_\_\_

4.a) No Concelho: \_\_\_\_ Fora do Concelho: \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_

5) **Atividades Terapêuticas:** \_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_**Desportivas:** \_\_\_\_ Qual: \_\_\_\_**Voluntariado:** \_\_\_\_**Praia:** \_\_\_\_

5.a) No Concelho: \_\_\_\_ Fora do Concelho: \_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_

**Data de início do transporte:** \_\_\_\_\_**Data do fim do transporte:** \_\_\_\_\_**Deslocação:**

De: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_

Periodicidade:

Diário (2ª a 6ª feira) \_\_\_\_\_ Regular (até 4 dias por semana) \_\_\_\_\_

Pontual Saúde (máximo 10 viagens ...) \_\_\_\_\_ Pontual Serviços ou Lazer (máximo 6 viagens...) \_\_\_\_\_

Só Ida \_\_\_\_ Ida e Regresso \_\_\_\_ Só Regresso \_\_\_\_

Horários:

Local de partida: \_\_\_\_\_ Chegada ao Destino: \_\_\_\_\_ Saída do Destino: \_\_\_\_\_ Chegada

ao local de origem: \_\_\_\_\_

**Situação face ao Emprego (assinalar com um X):**

\_\_\_\_ Empregado/a \_\_\_\_ Desempregado/a \_\_\_\_ 1º emprego \_\_\_\_ Estudante

**TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA**

\_\_\_\_ Reformado/a \_\_\_\_ Outra – Qual? \_\_\_\_\_

**Tipologia familiar (assinalar com X)**

\_\_\_\_ Família alargada \_\_\_\_ Família numerosa \_\_\_\_ Família monoparental \_\_\_\_ Isolado/a

\_\_\_\_ Família nuclear com filhos \_\_\_\_ Família nuclear sem filhos

\_\_\_\_ Outra Tipologia – Qual? \_\_\_\_\_

**Glossário da Tipologia:**

. Família alargada – agregado familiar onde co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade (3 gerações) – ex: casal, filhos e avós.

. Família numerosa – agregado familiar com 3 ou mais dependentes – ex: casal com 3 ou mais filhos.

. Família monoparental – agregado familiar constituído por um único parente ou em linha reta ascendente ou em linha colateral até ao 2º grau ou equiparado com dependentes a seu cargo a viver em comunhão de habitação – ex: pai ou mãe e filho; avó ou avô e neto; tia e sobrinho.

. Isolado – apenas uma pessoa.

. Família nuclear com filhos – agregado composto por casal com 1 ou 2 filhos.

. Família nuclear sem filhos – agregado familiar composto apenas por um casal

**Observações:**

**Data e Assinatura de preenchimento da ficha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- (1) Anexar cópia dos documentos;
- (2) Se a resposta é Sim: apresentação de cópia de IRS e nota de liquidação no caso de a resposta ser Não apresentação de documento das finanças que declare que não apresenta IRS
- (3) Cópia do atestado médico de incapacidade multiuso
- (4) (município em idade escolar, caso não exista resposta por parte dos serviços de educação da CMC ou por parte do ministério da educação ou na situação do equipamento não ter ou não dispor de vagas em transporte adaptado – obrigatório apresentar declaração do Estabelecimento De Ensino);
- (5) Desde que o equipamento não disponha de transporte adaptado ou não tenha vagas - obrigatório apresentar declaração do Instituição
- (6) Apresentação de requisição médica em como não obteve resposta por parte do SNS