|  |
| --- |
| A preencher pelo Município |
| N.º pedido\_\_\_\_\_\_ |
| Data entrada\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ |

1. **Identificação da Entidade Requisitante**

Nome

Morada

Telefone Correio eletrónico

Responsável Técnico

1. **Identificação da Pessoa a Transportar**

**(preencher apenas nas situações em que a viatura é requisitada para o transporte de utentes)**

Nome

Residência

Código Postal - Localidade

Data de Nascimento / / Estado civil

Telefone Telemóvel

NIF N.º de utente do SNS NISS

Mobilidade condicionada? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

Transporte em cadeira de rodas? Sim\_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_

Escalão de rendimento (conforme n.º 1 do art.º 7.º das Normas de Funcionamento)

Doença / problemática do utente

1. **Motivo da Deslocação**

1. **Itinerário**

Data\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Local partida

Destino

Horário de partida

Horário de chegada

1. **Dados do Acompanhante**

Nome do acompanhante

Contacto do acompanhante

1. **Observações**

Data\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_

Responsável pelo pedido

Contacto telefónico