

# PRESCRIÇÃO DE AJUDA TÉCNICA



## Identificação do Utente

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ N.º Utente \_\_\_\_\_

## Identificação da Ajuda Técnica

Almofada Anti-Escaras	
Andarilho	
Cadeira de Duche	
Cadeira de Rodas	
Cadeirão de Repouso	
Cama, com colchão e grade	

Canadiana	
Colchão Anti-Escaras	
Mesa de Apoio	
Pedaleira	
Outra. Qual? _____	
_____	

Solicitada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Tipo de Utilização:

Permanente: \_\_\_\_ Temporário: \_\_\_\_ Tempo previsto: \_\_\_\_\_

### Identificação do/a Médico/a

Nome (legível): \_\_\_\_\_

Cédula Profissional n.º: \_\_\_\_\_

Extensão de Saúde/ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_



vinheta

Assinatura: \_\_\_\_\_

Estrada Nacional 118 n.º 859 # 2205-645 Tramagal telef/fax 241 364 572 ou 960 471 890  
direccao@associacaovidascruzadas.org www.associacaovidascruzadas.org

