



澳門特別行政區政府
社會工作局
GOVERNO DA RAEM
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL

Departamento de Solidariedade Social
Divisão de Reabilitação
**Formulário de pedido da
Distribuição do Serviço de
Reabilitação em Regime
Diurno**
(Modelo A-FII)

Carimbo de recebimento de documento

Dados fundamentais do requerente			
Nome: (Chinês)		(Português)	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento AA MM DD	Local de nascimento:	
Tipo de documento: <input type="checkbox"/> BIR <input type="checkbox"/> Outro (Escreva)	Número:		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) ou divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	N.º do cartão informatizado do SS.:		
Morada:			
		Contactos: n.º de telefone da residência no. de telemóvel	
Tipo de deficiências (Podem ser referidas mais de uma):			
<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiência verbal	
<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência mental	<input type="checkbox"/> Deficiência motora	
<input type="checkbox"/> Outros (Escreva)			
Situação habitacional:			
<input type="checkbox"/> Mora com família	<input type="checkbox"/> Mora sozinho	<input type="checkbox"/> Mora em Lar	<input type="checkbox"/> Outras situações (Escreva)
Dados de contactos de familiares, amigos ou tutores do requerente *			
Nome: (Chinês)		(Português)	
Relação:	Contactos: n.º de telefone residencial	n.º de telemóvel	
Morada:		Assinatura:	
		Data: / /	
* Dados de contactos de familiares, amigos ou tutores do requerente : Dados de pessoas relacionadas que auxiliem ou ajudem a contactar com o requerente para permitir o seu acesso ao presente serviço.			
Documentos anexos			
<input type="checkbox"/> Cópia do BIR (é de apresentação obrigatória)	<input type="checkbox"/> Informações sobre a avaliação da reabilitação ou saúde efectuada no passado		
<input type="checkbox"/> Documento (s) comprovativo (s) do estado de saúde	<input type="checkbox"/> Outro (s) (Escreva)		
Observação			

Transferência do utente

<input type="checkbox"/> Serviço/equipamento que presta serviço de reabilitação Designação do serviço/equipamento: _____ Nome da pessoa de contacto do serviço/equipamento: _____ N.º de contacto: _____ Assinatura e carimbo do responsável do serviço/equipamento: Data: / /	<input type="checkbox"/> Centro de Avaliação Geral e Reabilitação <input type="checkbox"/> Divisão de Reabilitação <input type="checkbox"/> Outros (s) (Escreva) : _____ Data: / /
---	---

Divisão de Reabilitação Morada: Calçada de St. Agostinho, N.º 19, 11º andar, Ed. Nam Yue

Número de telefone: 83997774 Telefax: 28355161, 28329996

Centro de Avaliação Geral de Reabilitação Endereço: Istmo de Ferreira do Amaral, nº 25, Edf. Litoral, Bloco II, 2º andar

Número de telefone: 84905902, 84905911 Telefax: 28403374

Horário de expediente: De segunda a quinta (das 09H00 às 13H00 e das 14H30 às 17H45)

À Sexta-feira (das 09H00 às 13H00 e das 14H30 às 17H30)