

## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

### SORRIR PARA A VIDA

Nº UTENTE..... DATA DE CANDIDATURA.....

CÓDIGO CANDIDATURA: ..... IDADE: ..... PARTICIPAÇÃO Nº: .....

#### DADOS DO UTENTE:

- NOME:.....  
.....
- DATA DE NASCIMENTO: ...../...../..... IDADE.....
- Nº UTENTE.....
- MORADA:.....
- CÓDIGO POSTAL.....
- TELEFONE..... EMAIL.....



**Nº UTENTE..... DATA DE CANDIDATURA.....**  
**CÓDIGO CANDIDATURA: ..... IDADE: ..... PARTICIPAÇÃO Nº: .....**

- **AGREGADO FAMILIAR:.....**
- **INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO (CASO SE APLIQUE):.....**
- **PATOLOGIAS ASSOCIADAS:.....**
- **FUMADOR: SIM..... NÃO.....**
- **DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO:.....**
- **TERAPIAS ONCOLÓGICAS A APLICAR: .....**  
(NO CASO DE RADIOTERAPIA INDICAR A ZONA A IRRADIAR)
- **DATA PREVISTA DO INÍCIO DAS TERAPIAS ONCOLÓGICAS:  
.....**

Nº UTENTE..... DATA DE CANDIDATURA.....  
CÓDIGO CANDIDATURA: ..... IDADE: ..... PARTICIPAÇÃO Nº: .....

### DADOS DA ENTIDADE MÉDICA QUE ACOMPANHA O DOENTE:

- NOME DA INSTITUIÇÃO (HOSPITAL/CENTRO DE SAÚDE/INSTITUIÇÃO)  
.....
- MORADA  
.....
- NOME DO MÉDICO ASSISTENTE: .....
- CONTACTO DO MÉDICO DA ÁREA DA ONCOLOGIA /CLÍNICO GERAL  
QUE ACOMPANHA O PACIENTE :  
  
MAIL..... TELEFONE:.....
- DECLARAÇÃO MÉDICA ATESTANDO A NECESSIDADE DE CUIDADOS DE  
SAÚDE ORAL NO PACIENTE:

Declaro que o paciente acima referido tem/teve (riscar a que não se aplica) patologia oncológica e se enquadra nos critérios para **candidatura** ao programa SORRIR PARA A VIDA para obtenção de financiamento para cuidados de saúde oral.



Nº UTENTE..... DATA DE CANDIDATURA.....  
CÓDIGO CANDIDATURA: ..... IDADE: ..... PARTICIPAÇÃO Nº: .....

**Informe o paciente que o presente formulário representa apenas uma candidatura** que será submetida a apreciação por parte da comissão do programa SORRIR PARA A VIDA, seguindo critérios específicos. Caso seja aprovada, o paciente será notificado no prazo de uma semana a contar da data de recepção desta candidatura.

ASSINATURA DO MÉDICO DA ÁREA DA ONCOLOGIA /CLÍNICO GERAL

.....

CARIMBO DA INSTITUIÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE:

.....

DATA: ...../...../.....