



fundação  
**Dr. José Fernando  
Nunes Barata**

## **BANCO DE PRODUTOS DE APOIO**

### **ANEXO I, d) REQUERIMENTO A PRORROGAÇÃO DE ALUGUER**

Eu, \_\_\_\_\_, venho requerer o prolongamento do aluguer temporário do equipamento cedido a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ por um total de \_\_\_\_ meses.

| DADOS DO BENEFICIÁRIO |                   |     |
|-----------------------|-------------------|-----|
| NOME:                 |                   |     |
| MORADA:               |                   |     |
| CÓDIGO POSTAL: -      | LOCALIDADE:       |     |
| TELEFONE:             | E-MAIL:           |     |
| CC:                   | NIF:              | SS: |
| DN: / /               | OUTROS CONTACTOS: |     |

| EQUIPAMENTO REQUERIDO              |                |
|------------------------------------|----------------|
| EQUIPAMENTO                        | CÓDIGO INTERNO |
| Pack Cama Manual                   |                |
| Pack Cama Articulada               |                |
| Pack Cama Elétrica Tripartida      |                |
| Colchão Viscoelástico Anti-Escaras |                |
| Grade de Proteção                  |                |
| Cadeira de Rodas                   |                |
| Cadeira de Rodas para banho        |                |
| Cadeira Sanitária Fixa             |                |
| Cadeira Sanitária c/ Rodas         |                |
| Cadeirão c/ Rodas                  |                |
| Andarilho articulado               |                |
| Canadianas (par)                   |                |
| Outros                             |                |



fundação  
**Dr. José Fernando  
Nunes Barata**

| MODALIDADE DE ALUGUER |  |  |         |  |  |         |  |  |          |
|-----------------------|--|--|---------|--|--|---------|--|--|----------|
| 1 Mês                 |  |  | 3 Meses |  |  | 6 Meses |  |  | 12 Meses |

ALTERAÇÃO DE VALOR:

☐ Sim, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_€

☐ Não.

DATA PREVISTA PARA DEVOLUÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Pampilhosa da Serra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

REQUERENTE/BENEFICIÁRIO

-----