



## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA À REALIZAÇÃO DE SONHOS

(PREENCHER COM MAIÚSCULAS)

### DADOS DO CANDIDATO

NOME  APELIDOS

DATA NASCIMENTO  SEXO  BI

MORADA

CÓDIGO POSTAL  LOCALIDADE

TLF. DE CONTACTO 1  TLF. DE CONTACTO 2

E-MAIL

DOENÇA DA CRIANÇA

### DADOS DO MÉDICO (A PREENCHER NA TOTALIDADE PELOS MÉDICOS)

NOME E APELIDOS DO MÉDICO

ESPECIALIDADE  HOSPITAL

TLF. DE CONTACTO  FAX

DESCRIÇÃO DA DOENÇA DO BENEFICIÁRIO

QUE TOMA EM CASO DE FEBRE, DORES DE BARRIGA, DE OUVIDOS, DE DENTES, DE CABEÇA?

É ALÉRGICO A ALGUMA COISA? (MEDICAMENTO, ALIMENTO, OUTRO)



## DADOS DOS FAMILIARES

NOME E APELIDOS DA MÃE

PROFISSÃO  IDADE  BI

TLF. DE CONTACTO  E-MAIL

NOME E APELIDOS DO PAI

PROFISSÃO  IDADE  BI

TLF. DE CONTACTO  E-MAIL

NÚMERO DE IRMÃOS

NOMES E IDADES 1º

2º

3º

4º

5º

## DADOS DO PROPONENTE

NOME  APELIDOS

RELAÇÃO COM O CANDIDATO

MORADA

CÓDIGO POSTAL  LOCALIDADE

TLF. DE CONTACTO 1  TLF. DE CONTACTO 2

E-MAIL  HORAS PARA CONTACTAR



ESTÁ DISPOSTO A COLABORAR COM A ASSOCIAÇÃO TERRA DOS SONHOS ? SIM  NÃO

EXPLIQUE BREVEMENTE TRÊS POSSÍVEIS SONHOS E POR QUE RAZÃO DESEJA QUE SE CONCRETIZEM

COMO CONHECEU A TERRA DOS SONHOS?

- ATRAVÉS DE UM AMIGO
- ATRAVÉS DE UM HOSPITAL (MÉDICOS, ENFERMEIROS, ASSISTENTES SOCIAIS...)
- ATRAVÉS DE OUTRA ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE
- ATRAVÉS DA IMPRENSA
- OUTROS

É MUITO IMPORTANTE O FACTOR SURPRESA PARA CONCRETIZAR O SONHO,  
POR ISSO GUARDE O SEGREDO ATÉ O ÚLTIMO MOMENTO.  
OBRIGADO

ESTE FORMULÁRIO PODE SER ENVIADO ATRAVÉS DE E-MAIL PARA:

[geral@terradossoshos.org](mailto:geral@terradossoshos.org)

OU, EM ALTERNATIVA, PARA O SEGUINTE ENDEREÇO:

**RUA FILINTO ELÍSIO, Nº 6, 2º DTO. 1300-246 LISBOA**

**CONTACTOS:**

**FREDERICO FEZAS VITAL – 91 833 57 42**

**LAURA MATEOS – 91 833 41 95**

**MARTA RIBEIRO – 91 833 62 59**