



**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA À REALIZAÇÃO DE SONHOS**  
(PREENCHER EM MAIÚSCULAS)

| REQUISITOS:   | SIM                      | NÃO                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ✓ Tem entre 4 e 18 anos ou mais de 65 anos?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Tem uma doença crónica?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ É acompanhado por alguma instituição?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ O candidato tem dificuldade em comunicar?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ Já realizou algum sonho através de outra instituição? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data recepção TDS: |                    /                    /                    |  
Data para alocação da equipa: |                    /                    /                    |  
Data prevista de realização (2M): |                    /                    /                    |  
Data para alarme (3M): |                    /                    /                    |  
Data para decisão sobre passagem do sonho (4M): |                    /                    /                    |  
(A preencher pela Terra dos Sonhos)

**DADOS DO CANDIDATO**

NOME: |  
DATA DE NASCIMENTO: |                    /                    /                    |  
GÉNERO: |                    |                    |  
MORADA: |  
CÓDIGO POSTAL: |                    |                    |  
LOCALIDADE: |                    |                    |  
BI/CC OU PASSAPORTE: |                    |                    |  
DATA DE VALIDADE: |                    /                    /                    |  
EMITIDO EM: |                    /                    /                    |

**RESPONDER APENAS NO CASO DE CRIANÇA/JOVEM COM DOENÇA CRÓNICA:**

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

NOME: |                    |                    |  
APELIDOS: |                    |                    |  
ESPECIALIDADE: |                    |                    |  
HOSPITAL: |                    |                    |  
TELF/TELEMÓVEL: |                    /                    /                    |                    FAX: |                    /                    /                    |

EMAIL: |

DESCRIÇÃO DA DOENÇA DO BENEFICIÁRIO

RESPONDER APENAS NO CASO DE CRIANÇA/JOVEM INSTITUCIONALIZADO:

Nome da Instituição

---

Há quanto tempo está na instituição?

DADOS RELEVANTES SOBRE A CONDIÇÃO SOCIAL, FAMILIAR, EMOCIONAL E ECONÓMICA DA CRIANÇA

Observações:

ENQUADRAMENTO DO COMPORTAMENTO/SITUAÇÃO DE RISCO

Observações:

**INDICADORES DE RISCO MAIS EVIDENCIADOS PELO CANDIDATO**

**1. INDICADORES PESSOAIS PSICO AFETIVOS**

- Baixa autoestima
- Auto desvalorização
- Características depressivas / Depressão
- Ansiedade
- Agressividade / Irritabilidade
- Hiperatividade e Deficit de atenção
- Desmotivação face à vida e ao futuro
- Ausência de esperança

**2. INDICADORES PESSOAIS EDUCACIONAIS**

- Desmotivação face à escola
- Absentismo e abandono escolar

**3. INDICADORES PESSOAIS SOCIAIS**

- Comportamento antissocial
- Isolamento social
- Problemas de relacionamento interpessoal

**DADOS A INDICAR EM AMBOS OS CASOS**

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

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

DADOS DOS RESPONSÁVEIS

**1) FAMILIAR**

NOME MÃE: [ ]  
PROFISSÃO: [ ]  
IDADE: [ ]  
BI/CC OU PASSAPORTE: [ ]  
DATA DE VALIDADE: [ ]  
TELF/TELEMÓVEL: [ ] EMAIL: [ ]  
NOME PAI: [ ]  
PROFISSÃO: [ ]  
IDADE: [ ]  
BI/CC OU PASSAPORTE: [ ]  
DATA DE VALIDADE: [ ]  
TELF/TELEMÓVEL: [ ]  
EMAIL: [ ]  
N.º DE IRMÃOS: [ ]  
SE SIM: JÁ ALGUM IRMÃO VIU O SEU SONHO REALIZADO PELA TERRA DOS SONHOS?  
SIM NÃO

OUTRO FAMILIAR: [ ]  
COLOCAR UM X SE FOR O RESPONSÁVEL LEGAL [ ]  
PROFISSÃO: [ ]  
IDADE: [ ]  
BI/CC OU PASSAPORTE: [ ]  
DATA DE VALIDADE: [ ]  
TELF/TELEMÓVEL: [ ] EMAIL: [ ]

**2) INSTITUIÇÕES: TUTOR (SE APLICÁVEL)**

NOME DO TUTOR: [ ]  
PROFISSÃO: [ ]  
IDADE: [ ]  
BI/CC OU PASSAPORTE: [ ]  
DATA DE VALIDADE: [ ]  
TELF/TELEMÓVEL: [ ]  
EMAIL: [ ]

DADOS DO PROPONENTE

NOME: |

RELAÇÃO COM O CANDIDATO: |

MORADA : |

CÓDIGO POSTAL: | LOCALIDADE: |

TELF/TELEMÓVEL 1: |

TELF/TELEMÓVEL 2: |

EMAIL |

HORAS PARA CONTACTAR: |

ESTÁ DISPOSTO A COLABORAR COM A ASSOCIAÇÃO TERRA DOS SONHOS:

SIM: | NÃO: |

EXPLIQUE BREVEMENTE TRÊS POSSÍVEIS SONHOS DA CRIANÇA OU JOVEM CANDIDATO:

1.º |

|

2.º |

|

3.º |

|

NOTA: Os sonhos indicados neste quadro são meramente indicativos, uma vez que o sonho a realizar poderá não ser este. Existe um processo de validação do sonho por parte das nossas equipas de sonho, junto do candidato, o que quer dizer que o sonho poderá ser outro.

PORQUE CONSIDERA RELEVANTE E IMPORTANTE A REALIZAÇÃO DO SONHO A ESTA CRIANÇA/JOVEM?

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 DE IMPRENSA |           |

OUTROS |

OBSERVAÇÕES:

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

Francisca Nunes- fnunes@terradossonhos.org

OU, EM ALTERNATIVA, PARA O SEGUINTE ENDEREÇO:

RUA MÉCIA MOUZINHO DE ALBUQUERQUE, N° 1, 1300-391 LISBOA