

Nº de entrada:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

Nome pelo qual deve ser tratado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Doc. identificação civil: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Subsistema de saúde: \_\_\_\_\_ Nº utente: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

Resposta solicitada: Temporária ☐ Permanente ☐

Fundamentação:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco / Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco / Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Tem alguém que seja da sua relação próximo a frequentar este estabelecimento?

Sim ☐ Quem? \_\_\_\_\_

Não ☐ Serviço \_\_\_\_\_

### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim ☐ Qual? \_\_\_\_\_

Não ☐

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim ☐ Não ☐

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

diário e permanente ☐ diário pontual ☐ pontual ☐ inexistente ☐

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

Serviço de apoio domiciliário ☐ Centro de dia ☐ Outro serviço ☐

Indique qual a organização: \_\_\_\_\_ Qual o outro serviço: \_\_\_\_\_

### 5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

#### Tipo de incapacidade(s)

Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e. auditivas; coluna vertebral)

Sim Não

☐☐

Quais:

Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e. andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)

☐☐

Quais:

Utiliza ajudas técnicas ou tecnológicas de apoio?

☐☐

Quais:

Causa(s) das incapacidade(s): Congénita(s) ☐ Adquirida(s) ☐



## 6. DOCUMENTOS ENTREGUES

Bilhete de identidade ou Cartão do Cidadão do utente e do representante legal, quando necessário	<input type="checkbox"/>
Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário	<input type="checkbox"/>
Cartão de Beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal, quando necessário	<input type="checkbox"/>
Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema a que o utente pertença	<input type="checkbox"/>
Boletim de vacinas e relatório médico comprovativo da situação clínica do utente	<input type="checkbox"/>
Comprovativos dos rendimentos do utente e agregado familiar	<input type="checkbox"/>
Declaração assinada pelo utente ou seu representante legal em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração do processo individual	<input type="checkbox"/>

## 7. DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo que os dados pessoais sejam informatizados para efeitos de elaboração do processo individual do utente.

Ferro, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Significativo(s): \_\_\_\_\_

## 8. ASSINATURAS FICHA DE INSCRIÇÃO

Cliente: \_\_\_\_\_

Significativos: \_\_\_\_\_

Organização: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

### A preencher pelo Estabelecimento

Admitido ☐ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Lista de espera ☐

Não admitido ☐ Motivo: \_\_\_\_\_

Pendente ☐ Motivo: \_\_\_\_\_