



## Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01 - Serviço de Apoio Domiciliário

Data de Admissão:

N.º de Entrada:

N.º de Atendimento:

Data de Inscrição:

N.º de Utente:

N.º de Lavandaria:

Fotografia

Ponto de Situação da Inscrição:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade:

Anos

Morada:

Profissão:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Código Postal:

BI / C. Cidadão N.º:

Telefone:

N.º de Contribuinte:

Telemóvel:

Beneficiário SS n.º:

Regime Seg. Social:

Género:

Estado Civil:

Email:

SNS:

SubSistema Saúde:

### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:

### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE(1)

Nome :

Data de Nascimento :  Parentesco/ Relação(2) :

Morada :

Código Postal :

Telefone :  Ocupação :

Nome :

Data de Nascimento :  Parentesco/ Relação(2) :

Morada :

Código Postal :

Telefone :  Ocupação :

(1) Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco - cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

<b>Sim</b> <input type="radio"/>	Quem? <input type="text"/>
	Que resposta social? <input type="text"/>
<b>Não</b> <input type="radio"/>	

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

### 4. REDE SOCIAL E SUPORTE

<b>O cliente foi encaminhado por outra Organização?</b> (assinale com um X)		
<b>Sim</b> <input type="radio"/>	<b>Não</b> <input type="radio"/>	<b>Qual?</b> <input type="text"/>

<b>O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?</b> (assinale com um X)	
<b>Sim</b> <input type="radio"/>	<b>Não</b> <input type="radio"/>

<b>Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:</b> (assinale com um X)	
<b>Diário e permanente</b>	<input type="radio"/>
<b>Diário pontual</b>	<input type="radio"/>
<b>Pontual</b>	<input type="radio"/>
<b>Inexistente</b>	<input type="radio"/>

**O utente usufrui dos serviços de:**  
(assinale com um X)

<b>Apoio domiciliário</b>	<input type="radio"/>	<b>Identifique qual a Organização?</b>
<b>Centro de dia</b>	<input type="radio"/>	
<b>Centro de convívio</b>	<input type="radio"/>	
<b>Outro Serviço</b>	<input type="radio"/>	<b>Especifique qual, assim como a Organização:</b>

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

Questões (assinale com X e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de Deficiência(s) e Incapacidade(s):</b>			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estruturas da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Causa(s) da(s) Incapacidade(s):</b>			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Conceitos (CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):

Incapacidade - Termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.

Funções do Corpo - Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

Estruturas do Corpo - Partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da Actividade - Dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).

Restrição na Participação - Problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, entendendo-se participação como o envolvimento do indivíduo numa situação real.

**6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?**

Sim

Não

**Assinale quais os documentos em falta e respectiva data de entrega**

Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/
Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data Entrega	/	/

**Assinaturas**

Cliente	Data	/	/
Pessoa Significativa	Data	/	/
Organização	Data	/	/