



Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01 -

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?

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

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

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

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

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

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

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

O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:
(assinale com um X)

Apoio Domiciliário	<input type="radio"/>	Identifique qual o Estabelecimento?
Estrutura Residencial	<input type="radio"/>	
Emprego Protegido	<input type="radio"/>	
Formação Profissional	<input type="radio"/>	
Outro Serviço	<input type="radio"/>	Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com X e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de Deficiência(s) e Incapacidade(s):			
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"/>	
Causa(s) da(s) Incapacidade(s):			
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	/	/