

Ficha de inscrição



Data de Inscrição:

Nº Entrada:

Data de Admissão:

Nº Processo:

Data de Saída:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE / FAMILIAR RESPONSÁVEL

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:	<input type="text"/>			
Nome pelo qual deve ser tratado:	<input type="text"/>			
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>	Idade: <input type="text"/> Anos
Morada:	<input type="text"/>			
Código Postal:	<input type="text"/>	Telefone Casa:	<input type="text"/>	
Freguesia de Residência	<input type="text"/>	Naturalidade (Freguesia):	<input type="text"/>	
BI / Cartão de Cidadão:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>	
NIF:	<input type="text"/>			
NISS:	<input type="text"/>	SNS:	<input type="text"/>	

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação/Razões para a Inscrição:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

Telemóvel:

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

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

Ficha de inscrição



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

Sim <input type="radio"/>	Quem?
Não <input type="radio"/>	

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim <input type="radio"/>	Qual?
Não <input type="radio"/>	

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

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato: (assinale com uma X)	
diário e permanente	<input type="radio"/>
diário pontual	<input type="radio"/>
pontual	<input type="radio"/>
inexistente	<input type="radio"/>

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em: (assinale com uma X)	
Apoio domiciliário	<input type="radio"/>
Lar Residencial	<input type="radio"/>
Centro de Dia	<input type="radio"/>
Outro serviço	<input type="radio"/>
Identifique qual o Estabelecimento?	
ABEP <input type="radio"/> Outro qual? _____	
Especifique qual, assim como o Estabelecimento:	

5. CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE / INCAPACIDADES

Questões (assinale com X)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade (s)			
Locomoção/Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auditivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Visuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Acamada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Doenças Conhecidas: _____			

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e, a respectiva data de entrega

Bilhete de Identidade/ Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Cartão da Segurança Social ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Cartão Nacional do Serviço de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Vale da Segurança Social /IRS/ Pensões estrangeiras	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Relatório médico com indicação da situação actual de saúde e indicação terapêutica	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__
Outros	<input type="radio"/>	Data da entrega	__/__/__

7. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	__/__/__
Significativos	_____	Data:	__/__/__
Organização	_____	Data:	__/__/__