

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:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de Nascimento: Sexo: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Telefone Casa:

Freguesia de Residência: Naturalidade (Freguesia):

BI / Cartão de Cidadão: Telemóvel:

NIF:

NISS: SNS:

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
Não

Quem?

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim
Não

Qual?

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

(assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

(assinale com uma X)

diário e permanente
diário pontual
pontual
inexistente

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

(assinale com uma X)

Apoio domiciliário
Lar Residencial
Centro de Dia
Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

ABEP 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: _____			

Ficha de Inscrição



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:	__/__/__