



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N. Entrada:

### DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

#### Resposta Social solicitada:

S. A. D.

Centro de Dia

Lar

## 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:

BI:

Telemóvel:

NIF:

Nº Beneficiário:

Regime Segurança Social:

Nº Utente:

Sub-sistema Saúde:

## 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:



## 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE <sup>(1)</sup>

Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup> :	
Morada:			
Código Postal:			
Telefone:		Ocupação:	
Nome:			
Data de Nascimento:		Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup> :	
Morada:			
Código Postal:			
Telefone:		Ocupação:	

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

<sup>(2)</sup> 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 este estabelecimento?

Sim

Quem?

Não

Serviço?



## 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)

Serviço de Apoio Domiciliário   
Centro de Dia   
Outro Serviço

Identifique qual a organização:

Especifique qual, assim como a organização:

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

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de incapacidade(s)</b>			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura 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) das 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).

Restrições 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 da vida real.



## 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	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____

## 7. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	____ / ____ / ____
Significativos	_____	Data:	____ / ____ / ____
Organização	_____	Data:	____ / ____ / ____