

centro dia

Ficha de Inscrição

Data de Inscrição : __ / __ / ____

Número de Entrada: ____ / ____

(Dados a preencher pelo candidato)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome Completo: _____

Nome a ser tratado: _____

Data de Nascimento: __ / __ / ____ Sexo: _____ Idade: ____ anos

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Lugar: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Outro Contacto: _____

BI / CC N.º _____ NIF _____

NISS: _____ SNS _____

MOTIVO DO PEDIDO

Resposta Solicitada: Temporária Permanente

Fundamentação:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO UTENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco / Relação : _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco / Relação : _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Telefone: _____

Ocupação: _____

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

Sim Quem? _____

Não

(dados a preencher pelos serviços)

REDE SOCIAL DE SUPORTE

O candidato foi encaminhado por outra organização?

Sim Qual? _____

Não

O Candidato necessita de suporte para satisfazer e / ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente

Diário Pontual

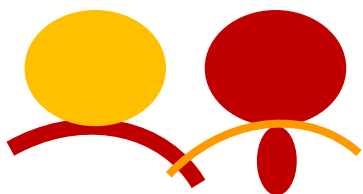
Pontual

Inexistente

O Utente usufrui dos serviços de / está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário Estabelecimento: _____

Outro Serviço: _____ Estabelecimento: _____



centro dia

CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Tipo de incapacidade(s)		Especifique
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)(p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação(p.e., andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

Causa(s) da(s) incapacidade(s):

Congénita(s)

Adquirida(s)

Todos os documentos necessários foram entregues? Sim Não

Documentos em falta e possível data de entrega:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão __ / __ / ____

N.º Contribuinte __ / __ / ____

Cartão de Beneficiário ou pensionista __ / __ / ____

Cartão do Sistema Nacional de Saúde __ / __ / ____

Assinaturas:

Candidato: _____ Data __ / __ / ____

Pessoa Significativa: _____ Data __ / __ / ____

Organização: _____ Data __ / __ / ____