



Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01 - CENTRO DE DIA

Data de Admissão:

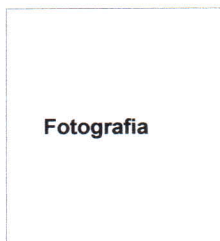
N.º de Entrada:

N.º de Atendimento:

Data de Inscrição:

N.º de Utente:

N.º de Lavandaria:



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 Casa:

N.º de Contribuinte:

Telemóvel:

Beneficiário SS n.º:

Regime Seg. Social:

Sexo:

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

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

(assinale com um X)

Sim

Não

Qual?

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

(assinale com um X)

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

(assinale com um X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O utente usufrui dos serviços de:

(assinale com um X)

- Apoio domiciliário** Identifique qual a Organização?
- Centro de dia**
- Centro de convívio**
- Outro Serviço** Especifique qual, assim como a Organização:

O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

(assinale com um X)

- Apoio Domiciliário** Identifique qual o Estabelecimento?
- Estrutura Residencial**
- Emprego Protegido**
- Formação Profissional**
- Outro Serviço** 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	/	/