



Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N. Entrada:

DADOS A PREENCHER PELO UTENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

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"/>			
Naturalidade:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>			
Profissão Exercida:	<input type="text"/>	Habilitações:	<input type="text"/>			
BI/Cartão Cidadão	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="text"/>			
NIF:	<input type="text"/>	NISS:	<input type="text"/>			
SNS:	<input type="text"/>	NISS:	<input type="text"/>			

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

- Temporária
Permanente

Fundamentação:



Ficha de Inscrição

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS 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: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação⁽²⁾: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco/ Relação⁽²⁾: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Telefone: _____ Ocupação: _____

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



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 Utente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Não

Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?
(assinale com uma X)

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

diário e permanente

diário pontual

pontual

inexistente

O utente usufrui dos serviços de/está integrado em:
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário

Lar Residencial

Emprego Protegido

Formação Profissional

Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:



Ficha de Inscrição

5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)	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; estrutura da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em associações formais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Outros problemas de Saúde:

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
Assinale quais os documentos em falta e, a respetiva data de entrega	
B.I./Cartão Cidadão <input type="radio"/>	Data da entrega <u> / /</u>
Nº de Contribuinte <input type="radio"/>	Data da entrega <u> / /</u>
Cartão da Segurança Social ou Pensionista <input type="radio"/>	Data da entrega <u> / /</u>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde <input type="radio"/>	Data da entrega <u> / /</u>
Outros <input type="radio"/>	Data da entrega <u> / /</u>

7. ASSINATURAS

Utente _____	Data: <u> / /</u>
Significativos _____	Data: <u> / /</u>
Organização _____	Data: <u> / /</u>