

Ficha de Inscrição

CSPMS.018

Página 1 de 3



Data da Inscrição _____

Nº de Entrada: _____

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. Dados de Identificação do Cliente

Nome completo _____

Nome pelo qual gosta de ser tratado _____

Data de Nascimento _____

Idade _____

Anos _____

Morada _____

Código Postal _____

Telefone _____

BI _____

Telemóvel _____

NIF _____

Nº Beneficiário _____

Nº Utente _____

Ocupação Profissional anterior _____

2. Motivo do Pedido

Resposta Solicitada:

Temporário

Permanente

Fundamentação:

3. Dados de identificação e contactos da (s) pessoa(s) próxima(s) do cliente⁽¹⁾

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____

Data de Nascimento _____

Parentesco⁽²⁾ _____

Telefone _____

Ocupação _____

⁽¹⁾ Pessoa(s) próximas – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

⁽²⁾ Parentesco – conjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. Rede Social de Suporte

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

Sim Quem?

Serviço:

Não

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?

Não

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

Sim

Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

diário e permanente

diário pontual

pontual

inexistente

O Cliente usufrui dos serviços de ou está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário

Identifique a organização:

Centro de Dia

Outro Serviço

Especifique:

Ficha de Inscrição

CSPMS.018

Página 3 de 3



5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Tipo de incapacidade	Sim	Não
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação?(p.e., andar distâncias longas; participar em associações formais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):		
Congénita(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adquirida(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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="checkbox"/>	Data da entrega
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data da entrega
Cartão da Segurança Social ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data da entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data da entrega
Outros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	

7. Assinaturas

Cliente/ Significativos _____ Data _____

Coordenadora _____ Data _____

8. Data de Saída e Motivo

Data: __/__/____

Motivo _____
