



CENTRO SOCIAL POLIVALENTE DE EGA

Pessoa Colectiva Nº 501 266 992
Inst. Utilidade Pública / I.P.S.S. (DL 119/83, de 25-2) D.R., III Série, 90-09-20
1989-06-27

IMP T/S 02.V 01.PC01
Pág. 1 de 7

Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N.º Entrada:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:	<input type="text"/>		
Nome pelo qual deseja 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"/>
BI/Catão de Cidadão:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>
NIF:	<input type="text"/>		
N.º Beneficiário:	<input type="text"/>	Regime Segurança Social:	<input type="text"/>
N.º Utente:	<input type="text"/>	Sub-sistema Saúde:	<input type="text"/>

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária	<input type="radio"/>
Permanente	<input type="radio"/>

Fundamentação:



Ficha de Inscrição

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone/Telemóvel: Ocupação:

E-mai:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone/Telemóvel:: Ocupação:

E-mai:

⁽¹⁾ Pessoa(s) Significativa(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

Quem?

Que Resposta Social?

Não

Observações:



CENTRO SOCIAL POLIVALENTE DE EGA

Pessoa Colectiva Nº 501 266 992
 Inst. Utilidade Pública / I.P.S.S. (DL 119/83, de 25-2) D.R., III Série, 90-09-20
 1989-06-27

IMP T/S 02.V 01.PC01
 Pág. 3 de 7

Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio de vida principal (1)	Rendimento Mensal (2)
			Sim	Não		
Cliente						
Total						€

4. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

5. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Medicação	€
Renda de Casa	€
Prestação Bancária..	€
Alimentação	€
Consumo de água, eletrecidade	€
Outros	€
Total	€

Despesas Mensais:

Rendimentos Mensais:

Rendimentos de Trabalho	€
Reforma	€
Pensão	€
Complemento por dependência	€



CENTRO SOCIAL POLIVALENTE DE EGA

Pessoa Colectiva Nº 501 266 992
Inst. Utilidade Pública / I.P.S.S. (DL 119/83, de 25-2) D.R., III Série, 90-09-20
1989-06-27

IMP T/S 02.V 01.PC01
Pág. 4 de 7

Centro de Dia

Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição

Complemento Solidário para Idosos	€
Outros	€
Total	€



Observações:



IMP T/S 02.V 01.PC01
Pág. 5 de 7

Centro de Dia Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

6. 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

7. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)	Não	Sim	Especifique-as
Tipo de 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 actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Causa(s) das 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).

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.



Ficha de Inscrição

8. CRITÉRIOS DE ADMISSIBILIDADE

São condições de Admissão neste estabelecimento:

Residir na área geográfica da resposta social;

Possuir idade mínima de 65 anos, ou inferior, e neste caso, desde que em situação de exclusão familiar ou social e sem possibilidade de qualquer outro tipo de resposta;

Expressar vontade em ser admitido, por si ou representante familiar;

Ter autonomia física suficiente para frequentar o Centro de Dia.

A Organização ajusta-se às necessidades e expectativas do cliente? (assinale com um X)	
Sim <input type="radio"/>	
Não <input type="radio"/>	Porquê? <input type="text"/>

A Organização pode dar resposta, internamente, ao pedido do cliente? (assinale com um X)	
Sim <input type="radio"/>	
Não <input type="radio"/>	Reencaminhamento para outra Organização ou prestação de informação adicional (quando aplicável).

Admissível? (assinale com um X)	
Sim <input type="radio"/> (1)	
Não <input type="radio"/> (2)	Porquê? <input type="text"/>

9. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
---------------------------	---------------------------

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega		
Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
N.º de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
Comprovativo de rendimentos	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
Declaração Médica (medicação...)	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega <u> / / </u>
<hr/>		
<hr/>		



CENTRO SOCIAL POLIVALENTE DE EGA

Pessoa Colectiva Nº 501 266 992
Inst. Utilidade Pública / I.P.S.S. (DL 119/83, de 25-2) D.R., III Série, 90-09-20
1989-06-27

IMP T/S 02.V 01.PC01
Pág. 7 de 7

Centro de Dia

Serviço de Apoio Domiciliário

Ficha de Inscrição

⁽¹⁾ Entrega ou envio do IMP04.IT02.PC01 – Carta de Admissibilidade

⁽²⁾ Entrega ou envio do IMP05.IT02.PC01 – Carta de Não Admissibilidade

10. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O cliente visitou as instalações

sim

Não

Justifique

11. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	___ / ___ / ___
Pessoa Significativa	_____	Data:	___ / ___ / ___
Organização	_____	Data:	___ / ___ / ___