



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição: Nº de Entrada: 

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de Nascimento:  Sexo:  Idade:  Anos

Morada:

Código Postal:  Telefone Casa:

BI:  Telemóvel:

NIF:

NISS:  SNS:

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE <sup>(1)</sup>

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

<sup>(2)</sup> 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 este estabelecimento?

Sim

Não

Quem?



## Ficha de Inscrição

### 3. Motivo da inscrição e informação complementar:


### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Não

Qual?

O Cliente possui o relatório de "Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência"?

Sim

Não

(Trazer aquando da avaliação inicial de requisitos)

(Reunir condições para o momento formal de avaliação e certificação, no âmbito da avaliação inicial de requisitos)

O cliente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:  
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário	<input type="radio"/>	Identifique qual o Estabelecimento? 
Estrutura Residencial	<input type="radio"/>	
Emprego Protegido	<input type="radio"/>	
Formação Profissional	<input type="radio"/>	
Outro serviço	<input type="radio"/>	Especifique qual, assim como o Estabelecimento: 

Subsídios e outros :




## Ficha de Inscrição

### 5. ESPECIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO/A CANDIDATO/A

Questões (assinale com x e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de deficiência(s) e incapacidade(s)</b>			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., realizar auto cuidados; 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"/>	

Conceitos (CIF):

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.

Características	Sim	Não
Sabe Ler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabe Escrever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz Recados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anda de transportes públicos sozinho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Come sozinho/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste-se Sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhece o dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isola-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É agressivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É passivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doença Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de Memória	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de Atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cadeira de rodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiência dos membros superiores (Braços)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiência dos membros inferiores (Pernas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiência Mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiência auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deficiência Visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outras doenças*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*Se sim quais \_\_\_\_\_

Médico Assistente:

Contacto:



## Ficha de Inscrição

### 7. Observações:

### 8. 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="radio"/>	Data da entrega	/	/
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Relatório de "Avaliação e Certificação da Situação da Deficiência"	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Outros. Especificar _____	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/

### 9. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	/	/
Significativos	_____	Data:	/	/
Coordenação	_____	Data:	/	/