

Data de Inscrição _____

Nº de Inscrição _____

Dados a preencher pelo cliente

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 _____

Nº Beneficiário _____

Regime Segurança Social _____

Nº Utente _____

Sub-sistema saúde _____

2. Motivo do Pedido

Resposta solicitada: _____

Temporária

Permanente

Fundamentação:

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

Nome

Data de Nascimento

Parentesco/Relação:

Morada

Código Postal

Telefone

Mail

Ocupação

Nome

Data de Nascimento

Parentesco/ Relação

Morada

Código Postal

Telefone

Mail

Ocupação

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

Sim

Quem?

Não

Serviço

Dados a preencher pelos serviços

4. Rede Social de Suporte

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Não

Qual?

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

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao Cliente:

(assinale com x)

Diário e permanente

Diário e pontual

Pontual Inexistente

O Cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

(assinale com x)

Serviço de Apoio Domiciliário Organização _____

Centro de Dia

Outro Serviço

5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Questões (assinale com x)

Tipo de Incapacidade (s)	Sim	Não	Especifique-as
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 atividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Causa (s) das Incapacidade(s)

Congénita(s)

Adquirida(s)

6. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim

Não

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega

Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Nº de contribuinte	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Relatório Médico	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____
Outros.	<input type="radio"/>	Data de entrega: _____

7. Visita às Instalações?

Sim

Não

8. Assinaturas

Cliente _____ Data: _____

Significativos _____ Data: _____

Organização _____ Data: _____

Observações:



