IRMANDADE DA S.C.M. DE RESENDE
Vila de Resende
4660-213 RESENDE
Telef. 254 870180 Fax 254 870189
Contrib. 501 263 870

Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01 -

Data de Admissão:		**Data de Inscrição:**	
N.º de Entrada:		**N.º de Utente:**	
N.º de Atendimento:		**N.º de Lavandaria:**	

Fotografia

Ponto de Situação da Inscrição:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento: **Data de Comemoração:** **Idade:** **Anos**

Morada: **Profissão:**

Localidade: **Freguesia:**

Concelho: **Código Postal:**

BI / C. Cidadão N.º: **Telefone Casa:**

N.º de Contribuinte: **Telemóvel:**

Beneficiário SS n.º: **Regime Seg. Social:**

Sexo: **Estado Civil:** **Email:**

SNS: **SubSistema Saúde:**

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada: **Temporária** ◯ **Permanente** ◯

Fundamentação:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS 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 :**

(1) Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2) Parentesco - cônjugue, 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 ◯
Não ◯

Quem?

Que resposta social?

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?
(assinale com um X)

Sim ◯ **Não** ◯ **Qual?**

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

Sim ◯ **Não** ◯

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:
(assinale com um X)

Diário e permanente ◯
Diário pontual ◯
Pontual ◯
Inexistente ◯

O utente usufrui dos serviços de:
(assinale com um X)

Apoio domiciliário	◯	**Identifique qual a Organização?**
Centro de dia	◯	
Centro de convívio	◯	
Outro Serviço	◯	**Especifique qual, assim como a Organização:**

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

Apoio Domiciliário	◯	**Identifique qual o Estabelecimento?**
Estrutura Residencial	◯	
Emprego Protegido	◯	
Formação Profissional	◯	
Outro Serviço	◯	**Especifique qual, assim como o Estabelecimento:**

5. CARATERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com X e especifique)	**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 (anatómicas)? (p.e., funções auditivas; estruturas da coluna vertebral)	◯	◯	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	◯	◯	
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	◯	◯	
Causa(s) da(s) Incapacidade(s):			
Congénita(s)	◯	◯	
Adquirida(s)	◯	◯	

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 anatómicas 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.

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim ◯	Não ◯

Assinale quais os documentos em falta e respectiva data de entrega		
Bilhete de Identidade	◯	Data Entrega / /
Nº de Contribuinte	◯	Data Entrega / /
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	◯	Data Entrega / /
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	◯	Data Entrega / /
Cartão de Cidadão	◯	Data Entrega / /
Outros. Especificar:	◯	Data Entrega / /

Assinaturas

Cliente	Data	/ /
Pessoa Significativa	Data	/ /
Organização	Data	/ /