



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N. Processo:

Data de Admissão:

Data de Anulação da Inscrição /  
Saída

Motivo da Saída

### 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/CC/Outro:  Telemóvel:

NIF:  Estado Civil:

Nº Beneficiário:  Regime Segurança Social:

Nº Utente:  Subsistema de Saúde:

Naturalidade:  Nacionalidade:

#### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

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

Fundamentação:

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



## Ficha de Inscrição

### Pessoa significativa 1

|                     |  |                                       |  |
|---------------------|--|---------------------------------------|--|
| Nome:               |  |                                       |  |
| Data de Nascimento: |  | Parentesco / Relação <sup>(2)</sup> : |  |
| Morada:             |  |                                       |  |
| Código Postal:      |  | E-mail:                               |  |
| Telefone:           |  | Ocupação:                             |  |

### Pessoa significativa 2

|                     |  |                                       |  |
|---------------------|--|---------------------------------------|--|
| Nome:               |  |                                       |  |
| Data de Nascimento: |  | Parentesco / Relação <sup>(2)</sup> : |  |
| Morada:             |  |                                       |  |
| Código Postal:      |  | E-mail:                               |  |
| Telefone:           |  | Ocupação:                             |  |

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

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

Tem alguém próximo a frequentar este estabelecimento?

|     |                       |          |  |
|-----|-----------------------|----------|--|
| Sim | <input type="radio"/> | Quem?    |  |
| Não | <input type="radio"/> | Serviço? |  |

Tem alguém próximo que seja Sócio da Associação?

|     |                       |              |  |
|-----|-----------------------|--------------|--|
| Sim | <input type="radio"/> | Quem?        |  |
| Não | <input type="radio"/> | Nº de Sócio? |  |

### DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

#### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

|     |                       |       |  |
|-----|-----------------------|-------|--|
| Sim | <input type="radio"/> | Qual? |  |
| Não | <input type="radio"/> |       |  |

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

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

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:  
(assinale com uma X)

|  |                     |                       |  |
|--|---------------------|-----------------------|--|
|  | diário e permanente | <input type="radio"/> |  |
|  | diário pontual      | <input type="radio"/> |  |
|  | pontual             | <input type="radio"/> |  |
|  | inexistente         | <input type="radio"/> |  |

O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:  
 (assinale com uma X)

|                          |                               |                       |   |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Serviço de Apoio Domiciliário | <input type="radio"/> | Identifique qual a organização:             |
| <input type="checkbox"/> | Centro de Dia                 | <input type="radio"/> |   |
| <input type="checkbox"/> | Outro Serviço                 | <input type="radio"/> | Especifique qual, assim como a organização: |
| <input type="checkbox"/> |                               |                       |   |

**5. CARACTERIZAÇÃO DA (S) INCAPACIDADE (S)**

| Questões (assinale com x)   | Sim                   | Não                   | Especifique-as |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <b>Tipo de incapacidade (s)</b>   |                       |                       |                |
| 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 ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____          |
| <b>Causa (s) das incapacidade (s):</b>  |                       |                       |                |
| 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.

**6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?**

(assinale com uma X)

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

Assinale quais os Documentos em Falta e a respectiva 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 _____ |
| Cartão de Cidadão                     | <input type="radio"/> | Data de entrega _____ |
| Outros. Especificar: _____            | <input type="radio"/> | Data de entrega _____ |

**7. ASSINATURAS**

|                |       |                      |
|----------------|-------|----------------------|
| Cliente        | _____ | Data: ____/____/____ |
| Significativos | _____ | Data: ____/____/____ |
| Organização    | _____ | Data: ____/____/____ |

## Ficha de Inscrição

Confirmando a inscrição no Centro de Dia com o nº de ordem .....

Data ...../...../.....

Confirmando que entreguei o destacável "Comprovativo de Inscrição" À/Ao Sra./Sr. \_\_\_\_\_

Assinatura (Organização)

.....

Confirmando que recebi o destacável "Comprovativo de Inscrição".

Assinatura Cliente/ Pessoa Significativa (riscar o que não interessa)

.....

---

### COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Confirmando a inscrição no Centro de Dia com o nº de ordem .....

Data ...../...../.....

Assinatura (organização) .....

**Notas:** A ordem de inscrição só serve para desempate após a aplicação dos critérios de admissão (vigentes no Regulamento Interno do centro de dia da AHDPA). Caso não seja integrado até 31/12 deste ano a inscrição deverá ser renovada até 31 de Janeiro do ano civil seguinte, caso contrário será anulada.

Em caso de ser contactado para entrevista deverá fazer-se acompanhar de cópias autorizadas e originais dos seguintes documentos:

- 1 **Documento de Identificação** do(a) idoso(a) e pessoa responsável)
- 2 **Cartão de Contribuinte** do(a) idoso(a) e pessoa responsável)
- 3 **Cartão de Beneficiário(a)** e/ou Pensionista do(a) idoso(a)
- 4 **Cartão do Serviço Nacional de Saúde** ou outro Sistema de Saúde do(a) idoso(a)
- 5 **Relatório Médico** do(a) idoso(a) com indicações sobre a sua situação alérgica, grupo sanguíneo, intolerâncias alimentares e/ou necessidade de dietas específicas, medicação, entre outras consideradas pertinentes (atestado de uma das seguintes doenças: Parkinson, Alzheimer ou outra Demência)
- 6 **Documentos comprovativos de despesas fixas mensais**, relativos aos últimos três meses (em caso de doença crónica Orçamento de Farmácia com indicação da medicação prescrita pelo médico do(a) idoso(a); recibo da renda de casa ou da prestação por aquisição de casa própria; despesas com transportes públicos)
- 7 **Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar** (última Declaração de IRS e os três últimos recibos de vencimento, ou outra situação quando aplicável (agregado familiar beneficiário de RSI, Subsídio de Desemprego, baixa clínica, reforma / pensão, entre outras)
- 8 **2 Fotografias tipo passe** do(a) idoso(a) atualizadas