



FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

RESPOSTA SOCIAL:

CENTRO DE DIA

CENTRO DE CONVÍVIO

SAD

Nº do processo: _____

Data de inscrição: ____/____/____

Data de Admissão: ____/____/____

Data de saída: ____/____/____

Motivo de saída: _____

A preencher pelos serviços:

Nº de Inscrição Provisório: _____ Nº PI: _____

Ponto de situação da Inscrição:

- Admitido
- Não Admitido, mas interessado em ingressar (lista de candidatos/as)
- Não Admitido e anulada a inscrição pela família
- Não Admitido e anulada a inscrição por não respeitar requisitos

Nome Utente: _____



FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO/A CANDIDATO/A

Nome:	_____				
Data de nascimento:	___/___/_____	Data de Comemoração:	___/___/_____	Idade:	___
Morada:	_____				
Código-Postal:	_____ - _____,	_____			
Telemóvel:	_____	Telefone Casa:	____.____._____		
Estado civil:	_____	Naturalidade:	_____		
Nível de escolaridade:	_____				
CC nº :	_____	NISS:	_____		
NIF:	_____				
Sistema de Saúde:	<input type="checkbox"/> ADSE	<input type="checkbox"/> Seg. Saúde Privado	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		
SNS (nº de beneficiário):	_____				
Médico de Família:	_____	Contato:	____.____._____		

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SIGNIFICATIVA DO/A CANDIDATO/A

Nome:	_____				
Grau de parentesco/Relação:	_____				
Data de nascimento:	___/___/_____	Estado Civil:	_____		
E-mail:	_____				
Morada:	_____				
Código-Postal:	_____ - _____,	_____			
Naturalidade:	_____	Telemóvel:	_____		
Local de Trabalho:	_____	Contato:	_____		
CC nº	_____	NIF:	_____	NISS:	_____
SNS (nº de beneficiário):	_____				



FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

3. IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIAL

4. SITUAÇÃO FAMILIAR

Tem filhos? Não Sim Quantos? _____

Pessoas que compõe o agregado familiar:

Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____
Nome: _____	Idade: _____	Parentesco: _____	Contato: _____

5. HISTÓRIA MÉDICA

Recorre com frequência ao serviço de saúde: Sim Não

Com que frequência recorre ao serviço de saúde? _____

Patologias Diagnosticadas: _____

Operações _____

Tratamentos _____

6. GRAU DE DEPENDÊNCIA

Autónomo:

Vestir-se Tomar Banho Alimentação Medicação Movimentação



FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

Semi-dependente: <input type="checkbox"/> Vestir-se <input type="checkbox"/> Tomar Banho <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Movimentação
Dependente: <input type="checkbox"/> Vestir-se <input type="checkbox"/> Tomar Banho <input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Movimentação
Movimentação: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Andarilho <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> Bengala
Micção/esfíncteres: <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
Banho: <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com Ajuda
Alimentação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dieta Tipo? _____

7. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR

Elementos/Nome	Tipo de Rendimento	Rendimento Mensal Líquido
1- (candidato)		
2-		
3-		
4-		
5-		
Total:		Total:

Despesas Mensais:

Renda/amortização	
Transporte	
Saúde	
Outro. Qual?	
Total:	
Rendimentos Disponível:	

8. TEMPOS LIVRES

<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Bordar	<input type="checkbox"/> Trabalhos Manuais	<input type="checkbox"/> Costurar
<input type="checkbox"/> Ouvir Ler	<input type="checkbox"/> Jogar	<input type="checkbox"/> Conversar	<input type="checkbox"/> Ouvir Música
<input type="checkbox"/> Ver TV	<input type="checkbox"/> Passear	<input type="checkbox"/> Jardinagem	<input type="checkbox"/> Outro, qual? _____
<input type="checkbox"/> Ajudar em trabalhos domésticos			

9. SERVIÇOS SOLICITADOS (aplicável apenas ao SAD)

Serviços solicitados	Assinale com um X	Quando?		Periodicidade			
		Semana	Fins de semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Cuidados de Higiene							
Cuidados de Imagem (Barba e Cabelo)							
Higiene Habitacional							
Apoio na Refeição							
Assistência Medicamentosa							
Consultas e Exames Médicos							
Apoio Psicossocial							
Tratamento de Roupas							
Apoio na aquisição de Bens e Serviços							
Apoio Espiritual							

10. MOTIVO DO PEDIDO



FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

11. ASSINATURAS

CLIENTE:

DATA:

PESSOA SIGNIFICATIVA:

DATA:

ENTIDADE:

DATA:

12. SITUAÇÕES ANÓMALAS

13. COLABORADOR/A RESPONSÁVEL PELA CHAVE PARA A HIGIENE HABITACIONAL

Nome: _____

Telemóvel: _____

Cargo: _____

Contato: ____:____:____

CC nº _____ NIF: _____

.....Campo destinados aos serviços administrativos.....

Critérios de admissibilidade

	Sim	Não
Idade do/a candidato		
Cuidados exigidos pelo grau de dependência		
Baixos recursos económicos		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar cuidados básicos		
Risco de isolamento social		
Residência próxima do estabelecimento		
Situação de emergência social		
Adequação da resposta social às necessidades do/a candidato/a		