

Data de Admissão:

Data de Inscrição:

Data de Saída:

Estado da Inscrição/ contactos realizados:

### 1. Dados de Identificação do Cliente

Nome Completo:

Nome pelo qual deve ser tratado:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_Anos

Sexo:

Estado Civil:

Morada:

Código Postal: -

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

BI/Cartão Cidadão:

NIF:

NISS:

Regime Segurança Social:

Nº Utente:

Sub-Sistema Saúde:

### 2. Caracterização Individual e do Agregado Familiar do Utente

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o Cliente		Meio de vida principal <sup>(1)</sup>
			Sim	Não	
Cliente					

<sup>(1)</sup> Reforma; Pensão Social; Subsídio Mensal Vitalício; Complemento Solidário para Idosos; Rendimento Social de Inserção; outro.

### 3. Motivo do Pedido

Resposta Solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:



#### 4. Dados de Identificação da Pessoa (s) Próximas do Cliente

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal: -

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal: -

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

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

Sim

Quem:

Serviço:

Não

Como tomou conhecimento da nossa Instituição?

#### 5. Rede Social de Suporte

O Cliente foi encaminhado por outra Organização:

Sim

Qual:

Não

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária:

Sim  Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

Diário e Permanente  Diário Pontual  
 Pontual  Inexistente

O Cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:

SAD Organização:  
 Centro de Dia Organização:  
 Outro Serviço Qual/Organização:

### 6. Situação de Saúde

Nome do médico de família/assistente:

Centro de Saúde:

Telef:

Médicos (s) da (s) especialidade (s):

Nome	Especialidade	Contacto
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

### 7. Caracterização das Incapacidades

#### Tipo de Incapacidade (s):

Questões (assinale com um X) Sim Não Especifique-as

Verificam-se mudanças nas funções do corpo: anatómicas/ fisiológicas?

Sim  Não

Verificam-se limitações da atividade cognitiva?

Sim  Não

Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

Sim  Não


#### Causas da (s) incapacidade (s)

Congénitas (s)

Sim  Não

Adquirida (s)

Sim  Não

	<b>Ficha de Inscrição CD</b>	<b>Código:</b>	CD/PRO.02/IMP_001
		<b>Edição:</b>	2 - 20/12/2021
		<b>Pág.</b>	4/4

### 8. Documentos entregues:

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim  Não

### 9. Visita às Instalações

- Sim  
 Não, o candidato assim o entendeu  
 Não, o estabelecimento não tinha disponibilidade

### 10. Assinaturas

Data:

Cliente:

Significativos:

Data:

Fundação CPSSSDA:

Data:

✂.....



Declara-se para os devidos efeitos que no dia .../.../..., foi realizada Inscrição de ..... na resposta social de Centro de Dia da Fundação Casa de Pessoal da Segurança Social e Saúde do Distrito de Aveiro.

A Diretora Técnica

\_\_\_\_\_