



Ficha de Inscrição - Parte A

Centro de Dia

DADOS A PREENCHER NA CANDIDATURA DO CLIENTE

Data de Admissão: Data de Inscrição:

N.º de Entrada: N.º de Cliente:

Ponto de Situação da Inscrição:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser tratado:

Data de Nascimento: Data de Comemoração: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Telefone Casa:

BI N.º: Telemóvel:

Nº de Contribuinte: Beneficiário SS n.º:

SNS:

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal (1)	Rendimento Mensal (2)
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
Total						€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária; campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do cliente e dos familiares que compõem o seu agregado.

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

Sim Quem?

Não

3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais:		Despesas Mensais:	
Rendimento do Trabalho	. . €	Medicação	. . €
Reforma	. . €	Renda de Casa	. . €
Pensão	. . €	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	. . €
Complemento por Dependência	. . €	Alimentação	. . €
Outros	. . €	Outros	. . €
Total:	. . €	Total:	. . €

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE (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 – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

5. REDE SOCIAL E SUPORTE

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

Sim Não

Identifique o suporte existente do candidato:
(assinale com uma X)

diário e permanente
diário pontual
pontual
inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário <input type="checkbox"/>	Identifique qual o Estabelecimento?
Centro de dia <input type="checkbox"/>	
Centro de convívio <input type="checkbox"/>	
Outro serviço <input type="checkbox"/>	

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

6. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente
(assinale com uma X)

Autónomo, não necessita de apoio	<input type="checkbox"/>
Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade	<input type="checkbox"/>
Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade	<input type="checkbox"/>
Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)	<input type="checkbox"/>

Deficiência
(assinale com uma X)

Mental <input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/>	Motora <input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

7. MOTIVO DO PEDIDO

[Área cinzenta para o motivo do pedido]

8. VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

O cliente visitou as instalações

Sim <input type="checkbox"/>	
Não <input type="checkbox"/>	Mencione a razão da não visita às instalações:

Nova agenda de visita: / /

9. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

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

Bilhete de Identidade	<input type="checkbox"/>	Data da entrega	/	/
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	Data da entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	Data da entrega	/	/

10. CRITÉRIOS DE SELECÇÃO E PRIORIZAÇÃO

(Critérios aplicáveis a estabelecimentos da rede solidária e da rede pública e de acordo com o regulamento interno – IT02 - Selecção e Priorização das Candidaturas)

	Ponderação:	Pontuação:
<input type="checkbox"/> Idade do cliente		
<input type="checkbox"/> Grau de dependência		
<input type="checkbox"/> Fracos recursos económicos		
<input type="checkbox"/> Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas em assegurar cuidados básicos		
<input type="checkbox"/> Residência próxima do estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Situação encaminhada pelos Serviços da Segurança Social		
<input type="checkbox"/> Risco de isolamento social		
<input type="checkbox"/> Elementos de referência a frequentar o estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Outros		

11. OBSERVAÇÕES: (assinale outras informações relevantes sobre o cliente)

Ficha de Inscrição - Parte B

DADOS A PREENCHER NA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma X)

	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviço
Banho	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio à mobilidade	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação quotidiana do tempo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade				Estimativa de Custo
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?	
Cuidados de Higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cuidados de Imagem		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Refeições		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apoio na refeição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Cuidados de Reabilitação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Assistência Medicamentosa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apoio Social		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apoio Psicológico ao cliente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apoio Psicológico à família		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Formação específica à família		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tratamento de Roupas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Apoio na aquisição de Bens e Serviços		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Acompanhamento ao Exterior		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Actividades Socioculturais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Actividades quotidianas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Actividades desportivas		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Outro. Qual?.....		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Observações ou outras especificações

3. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

4. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DOS COLABORADORES APRESENTADOS E EXPECTATIVAS QUANTO AO RELACIONAMENTO

5. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

. . €

Assinaturas	
Cliente	Data: / /
Representante do Cliente	Data: / /
Estabelecimento	Data: / /

Ficha de Inscrição - Parte C

DADOS A PREENCHER EM SITUAÇÃO DE RENOVAÇÃO DE CANDIDATURA DO CLIENTE

Nome Completo:

Data da Renovação:

N.º de Entrada:

N.º de Cliente:

Ponto de Situação na Renovação da Inscrição:

1. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal (1)	Rendimento Mensal (2)
			Sim	Não		
Cliente						€
						€
						€
						€
						€
					Total	€

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária; campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do cliente e dos familiares que compõem o seu agregado.

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

Sim

Quem?

Não

2. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do Trabalho	.	ô	Medicação	.	ô
Reforma	.	ô	Renda de Casa	.	ô
Pensão	.	ô	Consumos de água, electricidade, gás e telefone	.	ô
Complemento por Dependência	.	ô	Alimentação	.	ô
Outros	.	ô	Outros	.	ô
Total:	.	ô	Total:	.	ô

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE (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 – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

a) O candidato necessita de suporte?
(assinale com uma X)

Sim

Não

b) Identifique o suporte existente do candidato:
(assinale com uma X)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de:
(assinale com uma X)

Apoio domiciliário

Centro de dia

Centro de convívio

Outro serviço

Identifique qual o Estabelecimento?

Especifique qual, assim como o Estabelecimento:

5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente
(assinale com uma X)

Autônomo, não necessita de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida cotidiana e no apoio à mobilidade

Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida cotidiana e na mobilidade

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc)

Deficiência

(assinale com uma X)

Mental

Visual

Motora

Auditiva

6. MOTIVO DO PEDIDO

7. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE

(assinale com uma X)	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio total dos serviços
Banho			
Cuidados de imagem			
Vestir-se			
Ir ao WC			
Alimentação			
Apoio à mobilidade			
Continência			
Tratamento de roupas			
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)			
Aquisição de bens e serviços			
Toma medicamentosa			
Ocupação quotidiana do tempo			

8. SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade				Estimativa de Custo
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?	
Cuidados de Higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidados de Imagem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Refeições		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio na refeição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cuidados de Reabilitação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assistência Medicamentosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Psicológico ao cliente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio Psicológico à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Formação específica à família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamento de Roupas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apoio na aquisição de Bens e Serviços		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Acompanhamento ao Exterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Socioculturais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Quotidianas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actividades Desportivas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Outro. Qual?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Observações ou outras especificações

9. OUTRAS OBSERVAÇÕES DECORRENTES DA ENTREVISTA PRÉ-DIAGNÓSTICA

10. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DOS COLABORADORES APRESENTADOS E EXPECTATIVAS QUANTO AO RELACIONAMENTO

11. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR / MENSALIDADE:

. . €

Assinaturas	
Cliente	Data: / /
Representante do Cliente	Data: / /
Estabelecimento	Data: / /
