



Ficha de Inscrição

IMP02.IT01.PC01 - CENTRO DE DIA

Data de Admissão:
N.º de Entrada:
N.º de Atendimento:

Data de Inscrição:
N.º de Utente:
N.º de Lavandaria:



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 - cônjuge, 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 ☐	Quem?
Não ☐	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 ☐