

Ficha de Inscrição

Data de Inscrição: N.º Entrada: N.º de Associado

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO (NESTE CAMPO TODAS AS INFORMAÇÕES TÊM QUE SER PREENCHIDAS)

Nome completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento: Sexo: Idade: Anos

Comemoração do aniversário:

Morada:

Código Postal: Localidade:

Telefone Casa: Telemóvel:

CC ou BI: N.I.F.:

N.I.S.S. Regime Segurança Social:

N.º Utente SNS Subsistema Saúde:

Grupo Sanguíneo RH

Habilitações Literárias

Última Profissão

2. CoViD_19 (AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE CAMPO SÃO ESSENCIAIS PARA UMA BOA INTEGRAÇÃO)

Esteve infetado?

SIM

Desenvolveu alguma doença durante a infeção?

Doença respiratória

Outra doença

NÃO

Vacinação

Data da 1ª Dose: Lote:

Vacina da: PFIZER MODERNA ASTRAZENECA JENSEN

Data da 2ª Dose: Lote:

Vacina da: PFIZER MODERNA ASTRAZENECA

Data da dose de reforço: Lote:

Vacina da: PFIZER MODERNA

Ficha de Inscrição

3. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária Permanente

Fundamentação:

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO ⁽¹⁾

Responsável pela assinatura do Contrato

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

B.I. ou C.C. n.º

Data de emissão ou validade:

N.I.F.:

E-mail:

Outra(s) pessoa(s) próxima(s) do Candidato

1

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação ⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

2

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação ⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

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), vizinho(a), voluntário(a), outro

Ficha de Inscrição

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

| |
|-----------------------------|
| SIM <input type="radio"/> |
| Quem?: _____ |
| Que resposta social?: _____ |
| NÃO <input type="radio"/> |

O Candidato necessita de algum apoio especial?

| |
|------------------------------------|
| SIM <input type="radio"/> |
| Especifique o tipo de apoio: _____ |
| NÃO <input type="radio"/> |

5. DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO

| | |
|--|---|
| Grau de Dependência Global do Candidato (assinale com uma X) | |
| <input type="radio"/> | Lúcido e Orientado |
| <input type="radio"/> | Autónomo, não necessita de apoio |
| <input type="radio"/> | Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade |
| <input type="radio"/> | Necessita de Apoio na Higiene Pessoal, tarefas da vida quotidiana |
| <input type="radio"/> | Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc...) |
| <input type="radio"/> | Acamado |

6. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

| Questões (assinale com x) | Não | Sim | Especifique-as |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Tipo de incapacidade(s) | | | |
| Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatómicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em atividades de grupo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | _____ |
| Causa(s) da(s) incapacidade(s): | | | |
| 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 anatómicas 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.

7. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Candidato foi encaminhado por outra Organização?

| |
|---------------------------|
| SIM <input type="radio"/> |
| Qual?: _____ |
| NÃO <input type="radio"/> |

Ficha de Inscrição

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

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

8. TIPO DE QUARTO QUE PRETENDE

Quarto Privativo

Quarto Duplo

Quarto Triplo

9. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

| | | |
|--------------------|--|-----------------------|
| CANDIDATO | a) C Cidadão ou Bilhete de Identidade | <input type="radio"/> |
| | b) N.º de Contribuinte (NIF) | <input type="radio"/> |
| | c) Cartão de Beneficiário ou Pensionista NISS | <input type="radio"/> |
| | d) Cartão do Serviço Nacional de Saúde | <input type="radio"/> |
| | e) Relatório Médico, comprovativo do Quadro Clínico/Saúde incluindo Terapêutica e Posologia (*) | <input type="radio"/> |
| | f) No caso de Alimentação Específica: Declaração Médica indicativa da mesma (*) | <input type="radio"/> |
| | g) Declaração de Incapacidade passada pelo Delegado de Saúde Pública (em caso de dependência comprovada)(*) | <input type="radio"/> |
| | h) Declaração médica comprovativa de que o Candidato não é portador de doença infectocontagiosa ou mental impeditiva da normal vivência na Instituição (*) | <input type="radio"/> |
| Responsável | i) C Cidadão ou Bilhete de Identidade do Responsável pelo Candidato | <input type="radio"/> |
| | j) N.º de Contribuinte (NIF) do Responsável pelo Candidato | <input type="radio"/> |

(*) Necessário no ato da integração

10. ASSINATURAS

A Assinatura da presente ficha implica a veracidade das declarações prestadas. Falsas declarações implicam a anulação automática da candidatura.

Todas as informações disponibilizadas nesta ficha são confidenciais, não podendo ser utilizadas sem a autorização prévia do Candidato/Família

Esta inscrição só é válida quando acompanhada de todos os documentos e comprovativos indicados. Terá a validade de 1 ano, só podendo continuar a ser considerada se renovada antes do fim do prazo de validade.

Candidato

Responsável

Instituição

Data:

____ / ____ / ____