

## 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 <sup>(1)</sup>

#### Responsável pela assinatura do Contrato

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

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 <sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

2

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação <sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Ocupação:

<sup>(1)</sup> Pessoa(s) Significativa(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

<sup>(2)</sup> 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?: <input type="text"/>
Que resposta social?: <input type="text"/>
NÃO <input type="radio"/>

### O Candidato necessita de algum apoio especial?

SIM <input type="radio"/>
Especifique o tipo de apoio: <input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Causa(s) da(s) incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

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?: <input type="text"/>
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

<b>CANDIDATO</b>	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"/>
<b>Respon sável</b>	i) C Cidadão ou Bilhete de Identidade do <b>Responsável</b> pelo Candidato	<input type="radio"/>
	j) N.º de Contribuinte (NIF) do <b>Responsável</b> 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_