

CENTRO DE DIA – Ficha de Inscrição/Reinscrição



Data de Inscrição: ___ / ___ / ___ Data de Reinscrição: ___ / ___ / ___

Data de Admissão: ___ / ___ / ___ Data de Saída: ___ / ___ / ___

Nº Processo: _____ (A preencher pelo serviço)

1. Dados de Identificação do Candidato

Nome: _____

Nome de tratamento: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Dia de comemoração do Aniversário: ___ / ___ / ___

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Habilitações Literárias: _____ Antiga Profissão: _____

B.I./CC.: _____ NIF: _____ NISS: _____

Nº Utente SNS: _____ Centro de Saúde: _____

Nome do Médico Assistente: _____ Telefone: _____

2. Pedido de Admissão

2.1. Encaminhado por outra Entidade? Não Sim. Qual? _____

2.2. Proposta de Admissão: Permanente Temporária ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

2.3. Fundamentação (agravamento de situação de saúde, risco de isolamento, etc.):

3. Informação Médica

3.1. Observações Adicionais

Utilização de Próteses: Não Sim. Qual? _____

Utilização de Produtos de Apoio: Não Sim. Qual? _____

Dieta Prescrita: Não Sim. Qual? _____

4. Composição do Agregado Familiar

	Nome do Elemento	Parentesco	Data de Nascimento	Situação Profissional
1	<i>Utente</i>	-----	-----	-----
2			__/__/____	
3			__/__/____	
4			__/__/____	
5			__/__/____	
6			__/__/____	

5. Serviços Solicitados:

- Transporte (Para o Centro) Transporte (Para o Domicílio)
- Alimentação (Almoço) Alimentação (Lanche) Alimentação Extra _____
- Higiene Pessoal Tratamento de Roupas
- Administração de Medicação Atividades Ocupacionais
- Acompanhamento em Deslocações Externas _____
- Transporte Extraordinário _____

5.1. Informações Adicionais (apoio nas deslocações aos sanitários, medicação/tratamento, autorização para deslocações ao exterior, acesso à habitação (degraus, elevador, rampa, etc.), acompanhamento nas refeições, etc.)

6. Frequência dos Serviços:

- De 2ª a 6ª Feira Outra. Qual? _____

6.1. Observações:

7. Instrução do Processo (A preencher pelo serviço)

7.1. Documentação entregue:

Documentos de Identificação para Instrução do Processo:

- Fotocópia do Bilhete de Identidade do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do número de Identificação Fiscal (NIF) do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do cartão de beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do cartão de utente do Sistema Nacional de Saúde ou de outro subsistema a que pertença;

Comprovativos dos Rendimentos do Utente e do Agregado Familiar

- Fotocópia da Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação;
- Comprovativo de valor anual/mensal auferido de prestações sociais (exceto as atribuídas por encargos familiares e por deficiência);
- Bolsas de estudos e formação (exceto as atribuídas para frequência e conclusão, até ao grau de licenciatura);
- Rendimentos Prediais;
- Rendimentos de capitais;
- Outras fontes de rendimento;

Comprovativos das Despesas Mensais do Utente e do Agregado Familiar

- Comprovativo do valor da renda de casa ou de prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria e permanente;
- Comprovativo de despesas médias mensais com transportes públicos para deslocações para o trabalho e/ou escola;
- Declaração com as despesas mensais de saúde e com a aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica;

Outros:

- Boletim de vacinas;
- Relatório médico atualizado, descritivo da sua situação clínica, o tipo de dependência nas atividades de vida diária e restrições alimentares;
- Tabela de Medicação e Indicação Terapêutica;
- Declaração de consentimento de divulgação de imagem e de informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo, de acompanhamento e de encaminhamento social;

Outros: _____

8. Dados da(s) Pessoa(s) Significativa(s) e Contactos de Emergência:

↳ **Nome do Co-Responsável:** _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Relação de Parentesco: _____

B.I./CC.: _____ NIF: _____ NISS: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone (Casa/Trab.): _____ / _____ **Telemóvel:** _____

Profissão: _____

↳ **Nome :** _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Relação parentesco: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone (Casa/Trab.): _____ / _____ **Telemóvel:** _____

Profissão: _____