



Lar  Centro de Dia  SAD

Nº do processo: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE / CLIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Última profissão exercida: \_\_\_\_\_ Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

N.º B.I.: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_ Arquivo: \_\_\_\_\_

N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_ N.º Beneficiário da Segurança Social: \_\_\_\_\_

### 2. SITUAÇÃO FAMILIAR

Como vive?  Em família natural  Em família de acolhimento  Isolado  Outra Qual? \_\_\_\_\_

Familiar /responsável a contatar:

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Agregado familiar:

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

### 3. HABITAÇÃO

Casa própria?  Alugada?  Quem é o/a arrendatário/a? \_\_\_\_\_ Renda Mensal: \_\_\_\_\_

Outro? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### 4. HISTÓRIA MÉDICA

Estado de saúde? Bom  Razoável  Mau

Enfermidades: \_\_\_\_\_

Operações: \_\_\_\_\_

Tratamentos: \_\_\_\_\_

Recorre com frequência aos Serviços de Saúde? Sim  Não

Espaço de tempo que recorre a esses Serviços: \_\_\_\_\_

Médico(a) de Família: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Médico(a) Especialista: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### 5. TEMPOS LIVRES

Ler  Costurar  Jardinar  Bordar/fazer renda

Ouvir música  Decorar  Ver televisão  Passear

Outras atividades: \_\_\_\_\_



(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

### 6. SERVIÇOS SOLICITADOS (PREENCHER SÓ PARA O SAD)

Serviços Solicitados	Cuidados de Higiene	Alimentação	Tratamento de Roupas	Higiene domiciliária	Outro: _____
<b>Periodicidade</b>	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Fds				
<b>Quantidade</b>	<input type="checkbox"/> 1X dia <input type="checkbox"/> 2X dia				

### 7. SITUAÇÃO ECONÓMICA

O cálculo do rendimento per capita do agregado familiar (RC), é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$RC = \frac{RAF}{12 \cdot D} = \frac{\text{_____}}{\text{_____}}$ <p style="text-align: center;">N</p> <p>Percentagem RC = _____ = _____</p>	Rendimento agregado familiar (RAF): _____ Despesas Fixas (D): _____ Membros do agregado familiar (N): _____ Comparticipação Mensal: _____
--	--

### 8. DOCUMENTOS ENTREGUES

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega:	Data de entrega
<input type="checkbox"/> Fotocópia do BI do(a) utente/cliente e do representante	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Fotocópia do nº de contribuinte do(a) utente/cliente e do representante legal	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Fotocópia do cartão do Serviço Nacional de Saúde	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Fotocópia do cartão de beneficiário	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Recibo actualizado da reforma (subsídio ou pensão) ou comprovativo de IRS	___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Fotocópia do encargo com a habitação	___ / ___ / ___

### 9. MOTIVO DO PEDIDO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 10. OBSERVAÇÕES:

Documentos entregues	Rubrica	Obs./Data
<b>Regulamento Interno</b>		

\_\_\_\_\_  
(ver nota 1): (Cliente/Utente ou Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Responsável pela Resposta Social)

**Nota 1:** A assinatura da presente ficha de inscrição implica o conhecimento e concordância prévia com as normas e regulamento interno.

De acordo com o artigo 13º, do Regulamento Geral de Proteção de Dados, todos os dados/documentos pessoais fornecidos nesta ficha são confidenciais e utilizados única e exclusivamente para a gestão interna do processo utente/cliente, não podendo ser usadas para outros fins.