

DATA DE INSCRIÇÃO:/...../20.....

DATA DE SAÍDA:/...../20.....

A preencher pelo utente ou representante legal:

1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____
 Morada: _____
 Código Postal: _____ - _____
 N.º Telefone: _____ Data Nascimento ____/____/____
 Estado Civil: _____
 B.I.: _____ N.º de Contribuinte: _____ N.º Beneficiário SS: _____
 Residência última: _____

2. DOCUMENTOS A ENTREGAR

Boletim de vacinas
 Relatório médico, comprovativo da situação clínica do utente
 Comprovativo dos rendimentos do utente e agregado familiar

3. MOTIVO DO PEDIDO

Temporário	<input type="radio"/>	Permanente	<input type="radio"/>
------------	-----------------------	------------	-----------------------

4. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTATOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMAS DO UTENTE¹

Nome: _____
 Parentesco/Relação: _____
 Morada: _____
 Código Postal: _____ - _____ N.º Telefone: _____
 Profissão: _____

¹ Pessoa (s) Próxima (s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ N.º Telefone: _____

Profissão: _____

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

Sim	<input type="radio"/>	
Não	<input type="radio"/>	

5. SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO UTENTE⁽²⁾

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do trabalho	. . €		Renda/Prestação da casa	. . €	
Reforma	. . €		Transportes públicos	. . €	
Rendimentos do agregado familiar	. . €		Medicação/Saúde	. . €	
Complemento Solidário para Idosos	. . €		Alimentação	. . €	
Rendimento Social de Inserção	. . €		Fraldas	. . €	
Outros	. . €		Outros	. . €	
Total:	. . €		Total:	. . €	

⁽²⁾ Aplicável a estabelecimentos das Redes Pública e Solidária; campos a serem obrigatoriamente preenchidos com os dados do utente e dos familiares que compõem o seu agregado.

COMPARTICIPAÇÃO MENSAL: _____

6. REDE SOCIAL E SUPORTE

O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades quotidianas?
(assinale um x)

Sim	<input type="radio"/>	
Não	<input type="radio"/>	

Identifique o suporte existente do utente: (assinale um x)

Diário e Permanente	<input type="radio"/>	Diário e Pontual	<input type="radio"/>	Pontual	<input type="radio"/>	Inexistente	<input type="radio"/>
---------------------	-----------------------	------------------	-----------------------	---------	-----------------------	-------------	-----------------------

7. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente: (assinale um x)

- Autónimo, não necessita de apoio
- Necessita de pequenos apoios na vida diária e no apoio à mobilidade
- Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência (assinale um x)

 Mental Visual Motora Auditiva
8. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO UTENTE

(assinale com uma X)	Autónimo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir e descer escadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higiene habitacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. SAÚDE

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do Médico/Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ Tlf: _____

N.º de SNS: _____

9.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

10. SERVIÇOS SOLICITADOS

Serviços solicitados	Quais?	Quando?		Periodicidade				Quantidade			
		Semana	Fim-de-semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra qual?
Cuidados de higiene e conforto pessoal		<input type="radio"/>									
Fornecimento de alimentação		<input type="radio"/>									
Apoio na alimentação		<input type="radio"/>									
Confeção de alimentos no domicílio		<input type="radio"/>									
Assistência medicamentosa		<input type="radio"/>									
Higiene habitacional		<input type="radio"/>									
Transportes		<input type="radio"/>									
Tratamento de roupas		<input type="radio"/>									
Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais		<input type="radio"/>									
Serviço de teleassistência		<input type="radio"/>									
Apoio psicossocial		<input type="radio"/>									
Atividades de animação/socialização		<input type="radio"/>									
Outro. Qual?		<input type="radio"/>									
Observações ou outras especificações											

ASSINATURA DO UTENTE OU FAMILIAR RESPONSÁVEL:

DESPACHO PELA DIRECÇÃO

PRESIDENTE DA DIRECÇÃO	DATA

APRECIACÃO FINAL DA CANDIDATURA

- ADMITIDA
- NÃO ADMITIDA MAS INTERESSADA EM INGRESSAR (LISTA DE ESPERA)
- NÃO ADMITIDA E ANULADA INSCRIÇÃO PELA FAMÍLIA
- NÃO ADMITIDA E ANULADA INSCRIÇÃO POR NÃO RESPEITAR REQUISITOS