



**Fundação
Bernardo Barbosa de Quadros**

Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

N.º Entrada:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual deseja ser tratado:

Data de Nascimento: Sexo: Idade: Anos

Morada:

Código Postal: Telefone Casa:

BI: Telemóvel:

NIF:

N.º Beneficiário: Regime Segurança Social:

N.º Utente: Sub-sistema Saúde:

N.º Cartão de Cidadão: Estado Civil:

Habilitações Literárias: Ocupação Anterior:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:



Ficha de Inscrição

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Outros:	<input type="text"/>

Nome:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco/ Relação ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>	Ocupação:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Outros:	<input type="text"/>

⁽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

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

Sim

Quem?

Que Resposta Social?

Não



**Fundação
Bernardo Barbosa de Quadros**

Ficha de Inscrição

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim
Não

Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?
(assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

Diário e permanente
Diário pontual
Pontual
Inexistente

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

Serviço de Apoio Domiciliário Identifique qual a organização:
Outro Serviço Especifique qual, assim como a organização:

5. 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 (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades 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) das 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 anatômicas 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).



**Fundação
Bernardo Barbosa de Quadros**

Ficha de Inscrição

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.

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega			
Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
N.º de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Cartão de Cidadão	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	____ / ____ / ____

7. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data:	____ / ____ / ____
Pessoa Significativa	_____	Data:	____ / ____ / ____
Organização	_____	Data:	____ / ____ / ____