**DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome completo: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome pelo qual deseja ser tratado: |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |       | Sexo: | M [ ]  F [ ]  | Idade: |  | Anos |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Código Postal: |       | Telefone Casa: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | CC ou BI: |       | Telemóvel: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | NIF: |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | N.I.S.S. |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | N.º Utente SNS |       | Sub-sistema Saúde: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Grupo Sanguíneo |       | RH |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Habilitações Literárias |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Última Profissão |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** |  | **MOTIVO DO PEDIDO** |

Resposta solicitada:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Temporária | [ ]  |  |  |
|  | Permanente |[ ]   |  |

Fundamentação:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.** |  | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO (1)** |

Responsável pela assinatura do Contrato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Nome: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |       | Parentesco/ Relação(2): |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Código Postal: |       |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Telefone: |       | Ocupação: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B.I. ou C.C. n.º  |       | Emitido ou Válido |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | N.I.F. : |       |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | E-mail : |       |

Outra(s) pessoa(s) próxima(s) do Candidato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** |  | Nome: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |       | Parentesco/ Relação (2): |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Código Postal: |       |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Telefone: |       | Ocupação: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | N.I.F. : |       |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2** |  | Nome: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Data de Nascimento: |       | Parentesco/ Relação (2): |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Morada: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Código Postal: |       |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Telefone: |       | Ocupação: |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | N.I.F. : |       |  |  |

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

(2) Parentesco – cônjugue, 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?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SimNão | [ ] [ ]  | Quem?     Que Resposta Social?      |
|  |  |  |

 O Candidato necessita de algum apoio especial

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SimNão | [ ] [ ]  | Especifique o tipo de apoio:      |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4.** |  | **DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO** |

|  |
| --- |
| Grau de Dependência Global do Candidato (assinale com uma X) |
| [ ]  |  | Lúcido e Orientado  |
| [ ]  |  | Autónomo, não necessita de apoio  |
| [ ]  |  | Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade |
| [ ]  |  | Necessita de Apoio na Higiene Pessoal, tarefas da vida quotidiana |
| [ ]  |  | Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc…) |
| [ ]  |  | Acamado |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 (anatómicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral) |[ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e.,andar distâncias longas; participar em actividades de grupo) |[ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?  |[ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Causa(s) das incapacidade(s): |
| Congénita(s) |[ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adquirida(s) |[ ] [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.** |  | **REDE SOCIAL DE SUPORTE** |

O Candidato foi encaminhado por outra Organização?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sim |[ ]   | Qual? |
|  | Não |[ ]   |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.** |  | **TIPO DE QUARTO QUE PRETENDE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Quarto Privativo |[ ]   |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Quarto Duplo |[ ]   |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.** |  | **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Do Candidato:** |  |
| **a)** | C Cidadão ou Bilhete de Identidade |[ ]
| **b)** | N.º de Contribuinte (NIF) |[ ]
| **c)** | Cartão de Beneficiário ou Pensionista NISS) |[ ]
| **d)** | Cartão do Serviço Nacional de Saúde |[ ]
| **e)** | Relatório Médico, comprovativo do Quadro Clínico/Saúde incluindo Terapêutica e Posologia |[ ]
| **f)** | No caso de Alimentação Específica: Declaração Médica indicativa da mesma |[ ]
| **g)** | Declaração de Incapacidade passada pelo Delegado de Saúde Pública (em caso de dependência comprovada) |[ ]
| **h)** | Declaração médica comprovativa de que o Candidato não é portador de doença infecto-contagiosa ou mental impeditiva da normal vivência na Instituição |[ ]
|  | **Do Responsável** |  |
| **a)** | C Cidadão ou Bilhete de Identidade do **Responsável** pelo Candidato |[ ]
| **b)** | N.º de Contribuinte (NIF) do **Responsável** pelo Candidato |[ ]
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.** |  | **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 (ou cópias autorizadas) e comprovativos indicados e quando for recebido os montantes e mensalidades previstos no Regulamento Interno da Residência Sénior.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Candidato |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Responsável |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Instituição |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data: |  | / |  | / |  |  |