

3. Dados de identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente (1)

Nome

Data de Nascimento

Parentesco/Relação(2)

Morada

Código Postal

Telefone

Ocupação

Nome

Data de Nascimento

Parentesco/Relação (2)

Morada

Código Postal

Telefone Ocupação

(1) Pessoa (s) próxima (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 este estabelecimento?

Sim Quem?

Não Serviço?

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

4. Rede Social de Suporte

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?

Não

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?

Sim Não

Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

Diário e Permanente

Diário Pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufruído dos serviços de está integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário

Identifique qual a Organização:

Centro de Dia

Outro Serviço

Especifique qual, assim como a Organização:

5. Caracterização da(s) Deficiência(s) e Incapacidade(s)

Questões (assinale com x e especifique)

Tipo de incapacidade(s)	Sim	Não	Especifique-as
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (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 ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?			
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):			
Congénita(s)			
Adquirida(s)			

6. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim

Não

Assinale quais os documentos em falta e, a respectiva data de entrega

B.I./Cartão do Cidadão	<input type="radio"/>	Data de Entrega
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data de Entrega
Nº da Segurança Social ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data de Entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data de Entrega
Outros. Especificar	<input type="radio"/>	Data de Entrega

7. Assinaturas

Cliente: _____ Data _____

Significativos: _____ Data _____

Organização: _____ Data _____

Data de Admissão: ____/____/____