

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_ Nº do processo: \_\_\_\_\_ Data de inscrição: \_\_/\_\_/\_\_  
Data de admissão: \_\_/\_\_/\_\_ Data de saída: \_\_/\_\_/\_\_  
Resposta Social: \_\_\_\_\_ Motivo Saída: \_\_\_\_\_

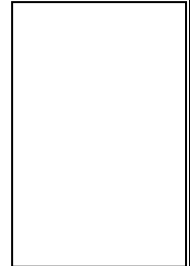
Regime Privado  
 Regime Comparticipado  
 Regime Temporário

**A preencher pelos serviços:**

No. de Inscrição Provisório: \_\_\_\_\_ No. PI: \_\_\_\_\_

**Ponto de situação da Inscrição:**

- Admitido  
 Não Admitido, mas interessado em ingressar (lista de espera)  
 Não admitido e anulada a inscrição pela família  
 Não admitido e anulada a inscrição por não respeitar requisitos



**1. Dados de identificação do candidato**

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

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

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

Contato: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

BI/ CC nº \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Arquivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ SNS: \_\_\_\_\_

**2. Dados de identificação do responsável pelo candidato**

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

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

E-mail: \_\_\_\_\_

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

Contato: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

BI/ CC nº \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_ Arquivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_ SNS: \_\_\_\_\_

**3. Situação familiar**Tem filho? Não  Sim  Quantos? \_\_\_\_\_

Pessoas que compõe o agregado familiar:

Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contato _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contato _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contato _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contato _____
Nome _____	Idade _____	Parentesco _____	Contato _____

**4. História médica**

Estado de saúde geral:

Recorre com frequência ao serviço de saúde:

Sim  Não 

Com que frequência recorre ao serviço de saúde? \_\_\_\_\_

Médico de família: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

Enfermidades (doenças)

\_\_\_\_\_

Operações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamentos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Situação clínica atual** Autónimo  Semi-dependente  Dependente  Acamado**Movimentação:** Andarilho  Cadeira de rodas  Bengala**Micção/esfíncteres:** WC  Fralda  Algália**Banho:** Sozinho  Com ajuda**Alimentação:** Normal  Hipo salina  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### 6. Situação económica

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Reforma/pensão		Medicação	
Complemento por dependência		Renda de casa/empréstimo habitação	
Outro, qual?		Outro, qual?	
Total		Total	

### 7. Motivo do pedido

--

### 8. Tempos livres

<input type="checkbox"/> Ler	<input type="checkbox"/> Bordar	<input type="checkbox"/> Costurar	<input type="checkbox"/> Outro, qual?
<input type="checkbox"/> Ouvir ler	<input type="checkbox"/> Jogar	<input type="checkbox"/> Trabalhos manuais	
<input type="checkbox"/> Ver TV	<input type="checkbox"/> Passear	<input type="checkbox"/> Conversar	
<input type="checkbox"/> Ajudar em trabalhos domésticos	<input type="checkbox"/> Jardinagem	<input type="checkbox"/> Ouvir musica	

Autorizo a informatização dos dados pessoais, divulgados nesta Ficha de Inscrição.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, O candidato:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, O representante:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, O estabelecimento:

.....Campo destinados aos serviços Administrativos.....

### 9. Critérios de admissibilidade

	Sim	Não
Idade do candidato		
Cuidados exigidos pelo grau de dependência		
Baixos recursos económicos		
Ausência ou indisponibilidade da família em assegurar cuidados básicos		
Risco de isolamento social		
Residência próxima do estabelecimento		
Situação de emergência social		
Adequação da resposta social às necessidades do candidato		