

### FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO – CENTRO DE DIA E SAD

Nº do processo: _____	Data de inscrição: ___/___/___
Data de admissão: ___/___/___	Data de saída: ___/___/___
Resposta Social: _____	Motivo Saída: _____

#### 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



#### Dados de identificação do candidato

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Data de Comemoração: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Idade: \_\_\_\_\_

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

Telemóvel: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_      Telefone Casa: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_      Naturalidade: \_\_\_\_\_

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

NIF: \_\_\_\_\_      NISS: \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde:  ADSE     Seg. Saúde Privado     Outro. Qual? \_\_\_\_\_

SNS (nº de beneficiário): \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_      Contato: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



### Dados de identificação do responsável pelo candidato

Nome: _____	Grau de Parentesco/Relação: _____		
Data de nascimento: ___/___/___	Estado Civil: _____		
E-mail: _____			
Morada: _____			
Naturalidade: _____			Telemóvel: __. __. __
Local de Trabalho: _____			Contato: __. __. __
BI / ou cartão de cidadão _____	Emissão: ___/___/___	Validade ___/___/___	Arquivo: _____
NIF: _____	NISS: _____	SNS (nº de beneficiário): _____	

### Situação familiar

Tem filhos? 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 _____

### História médica

Recorre com frequência ao serviço de saúde: Sim  Não

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

Patologias Diagnosticadas: \_\_\_\_\_

Operações \_\_\_\_\_

Tratamentos \_\_\_\_\_

**Grau de Dependência:**

<b>Autónomo:</b>					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
<b>Semi-dependente:</b>					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
<b>Dependente:</b>					
<input type="checkbox"/> Vestir-se	<input type="checkbox"/> Tomar Banho	<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Alimentação	<input type="checkbox"/> Medicação	<input type="checkbox"/> Movimentação
<b>Movimentação:</b>					
<input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Andarilho	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Bengala		
<b>Micção/esfíncteres:</b>					
<input type="checkbox"/> WC	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Algália	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____		
<b>Banho:</b>					
<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Com ajuda				
<b>Alimentação:</b>					
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Dieta Tipo? _____				

**Situação económica do agregado familiar:**

Elementos/Nome	Tipo de Rendimento	Rendimento Mensal Líquido
1 – (Candidato)		
2 –		
3 –		
4 –		
5 –		
<b>Total:</b>		<b>Total:</b>

**Despesas Mensais:**

Renda/amortização	
Transporte	
Saúde	
Outro. Qual?	
<b>Total:</b>	
<b>Rendimento Disponível:</b>	

**Tempos livres:**

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

**Serviços Solicitados (aplicável apenas ao SAD)**

Serviços Solicitados	Assinale com um X	Quando?		Periodicidade			
		Semana	Fim-de-Semana	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Cuidados de Higiene							
Cuidados de Imagem (barba e cabelo)							
Higiene habitacional							
Apoio na Refeição							
Assistência Medicamentosa							
Consultas e Exames Médicos							
Apoio psicossocial							
Tratamento de Roupas							
Apoio na aquisição de Bens e Serviços							
Apoio Espiritual							

**Motivo do pedido**

__/__/__, O candidato:	__/__/__, O representante:	__/__/__, O estabelecimento:
------------------------	----------------------------	------------------------------

.....Campo destinados aos serviços administrativos.....

**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		