



SENHOR DO BONFIM – ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

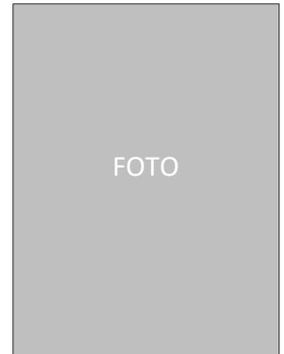
(IPSS – Utilidade Pública, D.R. nº.281, de 5/12/2003 – III Série)

NIF: 506683737

FICHA de INSCRIÇÃO - CD

(dados a preencher na candidatura)

Data de Inscrição		Nº. de entrada do Candidato	
Data de Entrada		Nº. de Utente	
Data de Saída			
Motivo da Saída			



1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome completo:		
Nome a ser tratado:		
Data nascimento	Idade:	
Morada:		
Freguesia:	Código Postal	
Telefone de casa:	Telemóvel	E-mail
BI / CC	NIF:	NISS:
SNS:	ACES/USF	Médico de família:
INFORMAÇÃO CLINICA : Em anexo		

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMAS DO UTENTE

Nome completo:			
Telefone de casa:	Telemóvel	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

Nome completo:			
Telefone de casa:	Tlm	Outro:	E-mail:
Ocupação:			

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Não Sim Quem?

3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E DO AGREGADO FAMILIAR DO UTENTE

O utente vive:	Isolado		Em agregado	

4. Situação Socioeconómica do utente * Ver participação mensal familiar

Rendimentos mensais		Despesas mensais	
Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda/prestação da casa	€
Pensão	€	Água, luz, gás, telefone	€
Complemento dependência	€	Alimentação	€
Outros	€	Outras	€
TOTAL	€	TOTAL	€
*RENDIMENTO PER CAPITA			€

5. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O candidato foi encaminhado por outra Organização?

Não Sim Qual?

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?

Não Sim

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas? – Identifique o suporte existente

Diário e permanente Diário pontual Pontual Inexistente

6. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do candidato (assinalar com um X)

- 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 e na mobilidade
- Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência:

Mental Visual Motora Auditiva

7. MOTIVO DO PEDIDO

12. Serviços Prestados

Serviços solicitados	Qual	Periodicidade	
		Diária	Semanal
Cuidados de higiene e conforto pessoal (inclui posicionamento)			
Higiene Habitacional – estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados			
Fornecimento da Refeições			
Apoio na refeição			
Tratamento de roupas			
Atividades socioculturais			
<ul style="list-style-type: none"> • Animação, lazer, cultura 			
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento ao exterior 			
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio na aquisição de bens e géneros 			
<ul style="list-style-type: none"> • Pagamentos de serviços 			
<ul style="list-style-type: none"> • Deslocação a entidades da comunidade 			
Outro serviço:			
<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos familiares ou cuidadores e Sensibilização dos familiares ou cuidadores para a prestação de cuidados ao utente 			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pequenas modificações no domicílio 			
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de imagem 			
<ul style="list-style-type: none"> • Transporte 			
Observações:			

Assinatura do candidato/familiar/pessoa próxima _____

Assinatura da Diretora Técnica _____

Data ____/____/____