

Ficha de Inscrição do Cliente

IMP02.IT01.PC01 • ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSOS

página 1 de 4



Data de Inscrição:

Nº Entrada:

DADOS A PREENCHER PELO CLIENTE

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:

Nome pelo qual
deseja ser tratado:

Data de
Nascimento:

Sexo:

Idade:

Anos

Estado Civil:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

BI/CC:

Telemóvel:

NIF:

N.º Beneficiário:

Regime de Segurança Social:

N.º de Utente:

Sub-sistema de Saúde:

Médico Assistente:

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:

Ficha de Inscrição do Cliente

IMP02.IT01.PC01 • ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSOS

página 2 de 4



3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE ⁽¹⁾

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/Relação(2):

Morada:

Código Postal:

Telemóvel: Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento: Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Ocupação:

1 Pessoa(s) Significativa(s) – Responsável legal pelo cliente.

2 Parentesco – Cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã); Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a).

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim

Quem?

Qual a Resposta Social?

Não

4. ASSINATURAS

Cliente	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pessoa Significativa	<input type="text"/>	Data: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Ficha de Inscrição do Cliente

IMP02.IT01.PC01 • ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSOS

página 3 de 4



DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

5. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Instituição?

Sim

Qual?

Não

O cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços e/ou está integrado em:

Centro de Convívio

Identifique qual a Instituição:

Serviço de Apoio Domiciliário

Identifique qual a Instituição:

Outro :

Especifique qual, assim como a Instituição:

6. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

(assinale com uma X)

	Autónomo	Necessita de apoio pontual dos serviços	Necessita de apoio permanente dos serviços
Banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de imagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir ao WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanhamento ao exterior (fazer compras, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocupação do tempo livre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ficha de Inscrição do Cliente

IMP02.IT01.PC01 • ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSOS

página 4 de 4



7. 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 (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Utiliza produtos/tecnologias de apoio (p. e. ajudas técnicas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Causa(s) das incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

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.

8. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data: ____ / ____ / ____
Pessoa Significativa	_____	Data: ____ / ____ / ____
Instituição	_____	Data: ____ / ____ / ____