



FICHA DE INSCRIÇÃO DE SAD



Nº de entrada: ____/____/____ **Data:** ____/____/____

Admissão: ____/____/____ Nº Processo: _____

Saída: ____/____/____

Motivo da saída: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo: _____

Nome pelo qual deseja ser tratado: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____ BI/CC: _____

Válido até: ____/____/____

NIF: _____

NISS: _____

Utente SNS nº: _____

Morada: _____

Código postal: _____

Localidade: _____

Telefone: _____

Telemóvel: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO



CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

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

Nome da pessoa significativa:

Parentesco/relação:

Data de nascimento: ____/____/____

CC/BI:

Válido até: ____/____/____

NIF:

NISS:

Morada:

Código postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

Ocupação:

Nome da pessoa significativa:

Parentesco/relação:

Data de nascimento: ____/____/____

CC/BI:

Válido até: ____/____/____

NIF:

NISS:

Morada:

Código postal:

Localidade:

Telefone:

Telemóvel:

Ocupação:

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

Sim

Quem?

Que Resposta Social?

Não

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Qual?

Não

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

Sim

Não

Identifique o atual suporte assegurado ao cliente:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de: SADO

Nome da Organização:

Outro _____

Nome da Organização:



5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

	Sim	Não	Especifique
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 distância longas; participar em atividades 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) da(s) incapacidade(s):			
Incapacidade(s) congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Incapacidade(s) adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

6. VISITA AO DOMICÍLIO

Visita ao Domicílio:	Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
<i>(Especifique)</i> _____		

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Documentos de identificação do(a) cliente e do(a) representante legal (BI, Cartão do Cidadão), quando necessário	<input type="radio"/>	Data de verificação: ____/____/____
Cartão de Contribuinte do(a) cliente e do(a) representante legal, quando necessário	<input type="radio"/>	Data de verificação: ____/____/____
Cartão de beneficiário da Segurança Social do(a) cliente e do(a) representante legal, quando necessário	<input type="radio"/>	Data de verificação: ____/____/____
Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde ou do Subsistema a que o(a) cliente pertença	<input type="radio"/>	Data de verificação: ____/____/____
Comprovativo(s) dos rendimentos dos elementos que integram o agregado familiar (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Declaração de IRS do agregado familiar do(a) cliente relativo ao ano anterior (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Comprovativo do pagamento da última declaração de IRS (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Declaração médica, passada pelo médico de família, comprovando que não sofre de doença impeditiva da frequência da resposta social e que tem as vacinas em dia e indicando eventuais doenças crónicas, medicamentos e posologia bem como necessidades ou incompatibilidades alimentares ¹⁾	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Declaração de sentença judicial que regula a representação legal, quando necessário (cópia)	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Recibo(s) das despesas fixas consideradas para efeitos de cálculo do rendimento “per capita” <i>(Especifique)</i> ;		
- _____	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
- _____	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
- _____	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
Outro(s) <i>(Especifique)</i> ;		
- _____	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____
- _____	<input type="radio"/>	Data de entrega: ____/____/____

Notas: A inscrição só se considera realizada na data de entrega/verificação de todos os documentos necessários.
¹⁾ Esta declaração deve ser entregue até ao início da frequência.



CELIUM - INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

8. CÁLCULO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR? (Explicar o cálculo da comparticipação familiar)

$$RC = (RAF/12-D)/n$$

Cálculo do rendimento “per capita”

RAF = Rendimento do agregado familiar
(anual ou anualizado)

RAF = _____, _____ €

D = Despesas mensais fixas

D = _____, _____ €

n = N° de elementos do agregado familiar

n = _____

RC = Rendimento “per capita”

RC = _____, _____ €

$$Cf = RC \times P$$

Cálculo da comparticipação familiar

RC = Rendimento “per capita”

RC = _____, _____ €

P = Percentagem

P = _____ %

Cf = Comparticipação familiar

Cf = _____, _____ € _____, _____ €

Observações: _____

Outras atividades/serviços

Custos

_____ €

_____ €

_____ €

_____ €

_____ €

Observações: _____

9. ASSINATURAS

O(A) Cliente/Pessoa Significativa:

Data: ____/____/____

O(A) Diretor(a) Técnico(a):

Data: ____/____/____

O(A) Responsável da instituição:

Data: ____/____/____