



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

Nº de Entrada:

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Género:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Telefone Casa:	<input type="text"/>
CC/BI:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>
NIF:	<input type="text"/>		
NISS:	<input type="text"/>	SNS:	<input type="text"/>

### 2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DAS PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE

Nome completo:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Ocupação:	<input type="text"/>		

Nome completo:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Parentesco:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		
Código Postal:	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Ocupação:	<input type="text"/>		

Agregado familiar:

Nome	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



### 3. FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO


### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

O cliente possui relatório de Certificado Multiosos e Relatório clínico?

Sim  Não  Qual? \_\_\_\_\_

### 5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com X e especifique)	Sim	Não	Especifique-as
<b>Tipo de deficiência(s) e incapacidade(s)</b>			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., realizar autocuidados; participar em associações formais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Causa(s) da(s) deficiência(s) e incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Adquirida(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Conceitos (CIF):

Funções do corpo – funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)

Estruturas do corpo – partes anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes.

Limitações da atividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de atividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção)

Restrição 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 real.

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_



6. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Documentos a entregar	Data de entrega
<b>1. Documentos:</b>	
- Cartão de cidadão/BI/Passaporte do cliente e do respetivo representante legal;	__/__/__
- Boletim de vacinas atualizado;	__/__/__
- Certificado multiusos;	__/__/__
- Relatório clínico onde conste:	__/__/__
• Diagnóstico clínico da deficiência, da situação geral de saúde e psíquica do utente;	
• Prescrição e posologia da medicação.	
- Regime de maior acompanhado (Tribunal).	__/__/__
<b>2. Declarações fiscais:</b>	
- Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação;	__/__/__
- 3 Últimos recibos de vencimento/3 últimos recibos verdes ou declaração de renúncia da prova de rendimentos.	__/__/__
<b>3. Declarações a emitir pela Segurança Social:</b>	
- Subsídios de desemprego/parentalidade/doença/PSI/outros;	__/__/__
- Caso não receba qualquer subsídio é necessária uma declaração a comprová-lo;	__/__/__
- Declaração de encargos com a Segurança Social (caso de trabalhador independente).	__/__/__
<b>4. Encargos com Habitação:</b>	
- Documento onde conste o valor da prestação mensal/anual (caso de habitação própria permanente);	__/__/__
- Registo contrato de arrendamento (Autoridade Tributária);	__/__/__
- Recibos de pagamento de renda (3 últimos).	__/__/__
<b>5. Outros:</b>	
- Orçamento mensal da farmácia dos medicamentos prescritos na posologia da medicação;	__/__/__
- Cópia do passe social de transporte público e último recibo de pagamento.	__/__/__



## 7. Declarações finais

A preencher pelo cliente e pelo seu representante legal:

- Declaro, para efeitos do artigo nº5, n.º2 da Lei n.º7/2007, de 5 de fevereiro, que dou consentimento para a reprodução dos documentos de identificação necessários por fotocópia ou qualquer outro meio, para utilização nas finalidades contratuais e legais relevantes.
- Dou o consentimento para a recolha, processamento e utilização dos meus dados pessoais e da minha família, no contexto da intervenção efetuada pelo CACI.
- Dou o consentimento para a obtenção e partilha entre a equipa técnica do CACI, dos dados sensíveis, de acordo com o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados, para efeitos de preenchimento do processo interno da família e das ações de acompanhamento do CACI.
- Dou o consentimento para a obtenção de informações relevantes e/ou complementares junto das entidades externas (educação, saúde, segurança social, Entidades em matéria de infância e juventude) no âmbito da intervenção do CACI.
- Autorizo a utilização da imagem e voz, em todo e qualquer material (fotos, vídeos, documentos, Facebook e outros meios de comunicação) decorrentes das atividades do CACI, sejam essas destinadas à divulgação ao público em geral e/ou apenas para uso interno desta instituição.

## 8. ASSINATURAS

Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rep. Legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## 9. REGISTOS DA EQUIPA TÉCNICA ASSOCIADOS À FASE DE INSCRIÇÃO

Data	Registos	Assinatura
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



