|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE / UTENTE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de inscrição |  | N.º de entrada |  | Data de Saída |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome p/ qual deve ser tratado** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | |  | | | Sexo | | Feminino | | | Idade | |  | | Estado Civil | |  |
| Morada: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidade | |  | | | | | | Código Postal: | | |  | |  | |  | | | | | |
| **BI ou CC n.º** | | |  | | | | | Data de Validade: | | | |  | | | | Telef. Casa: | | |  | |
| NIF | | |  | | | | | Telemóvel: | |  | | | | | | | | | | |
| N.º de Beneficiário | | | | |  | | | | | Regime Segurança social: | | | | | | |  | | | |
| N.º de Utente | | | | |  | | | | | Subsistema de saúde: | | | | | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Estado Civil** | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Se casado(a) estado do cônjuge:** |
|  | Autónomo | | | |  | | Semiautónomo | | | |  | Dependente | | | |  | | |
| Filhos? | |  | Sim | | |  | | Não |  | Quantos? | | |  |  |  | | | |
| Netos? | |  | Sim | | |  | | Não |  | Quantos? | | |  |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Com q/ frequência fala c/os filhos?** |  | **Diariamente** | **Os filhos vivem próximo do utente?** |  | **Sim** |
|  |  | **Semanalmente** |  |  | **Não** |
|  |  | **Mensalmente** |
|  |  | **Raramente** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Se “Sim” q/ a disponib. que possuem?** |  | **Muita** | **Se “Não” onde vivem?** |
|  |  | **Alguma** |  |
|  |  | **Pouca** |
|  |  | **Nenhuma** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Familiar responsável** | | | |  | | |
| **E-mail** | |  | | | | |
| **Telef:.** |  | | | | Telemóvel |  |
| **Morada** | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **Outros Contactos:** | | | |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **DEPENDENCIA DO IDOSO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qual o grau de dependência do idoso?** |  | **Autónomo** | **Possui algum tipo de deficiência?** |  | **Sim** |
|  |  | **Semiautónomo** |  |  | **Não** |
|  |  | **Dependente** | Se **sim** explicite: |  |  |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **PRINCIPAIS INTERESSES - ATIVIDADES** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lúdicas:** |  | **Pintura:** | **Culturais:** |  | **Cinema:** | **Desportivas:** |  | **Ginástica:** | **Espirituais:** | |
|  |  | Jogos de cartas |  |  | Teatro |  |  | Caminhadas |  | Ir. a missa |
|  |  | Trabalhos Manuais |  |  | Concertos |  |  | Dança |  | Rezar |
|  |  | Costura |  |  | Museus |  |  |  |  | Procissões |
|  |  | Bordados |  |  | Exposições |  |  |  |  | Terço |
|  |  | Jogos Mentais |  |  | Passeios |  |  |  |  |  |
|  |  | Computadores |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intelectuais ou formativas** | | |  | **Sociais** |  | **Comemorações Festivas** | |
|  |  | Aulas |  | Intercâmbios de Instituições |  | Natal |
|  |  | Conferências/Palestras |  | Atividades Intergeracionais |  | Carnaval |
|  |  | Leitura |  | Bailes |  | Páscoa |
|  |  |  |  | Cantigas/Coro |  | Aniversários |

|  |  |
| --- | --- |
| **5** | **FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sim |  | Não |  |  | | | | | |
| **Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega** | | | | | | | | | |
| **Cartão de Cidadão ou BI** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **N.º Fiscal (se for o caso)** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **Cartão de Beneficiário ou Pensionista** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **Cartão de Serviço Nacional de Saúde** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **Relatório Médico Assistente:** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **C. Cidadão ou BI(familiar responsável)** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |
| **N.º Fiscal (familiar responsável)** | | | | |  | **Data da entrega** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **Observações** |
|  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **ASSINATURAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Responsável familiar do utente: Data** |  |  |  |
| **Cliente/Utente: Data** |  |  |  |
| **Diretora Técnica: Data** |  |  |  |