



Centro de Dia

Ficha de pré-inscrição

Data de admissão: ___/___/___

Data de inscrição ___/___/___

Data de saída : ___/___/___ Motivo: _____

1. Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Idade: _____ Anos

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____

Residência: _____

Código Postal: ___/___ Telefone: _____ Telemóvel: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

BI /C.C.nº _____ Nº Contribuinte: _____

Beneficiário da S.S. Nº: _____ S.N.S.: _____

2. Habilitações Literárias:

Sabe Ler? _____ Sabe escrever? _____ Instrução Primária? _____ Ano _____

Curso médio ou superior? _____ Qual? _____

3. Breve Caracterização do Agregado Familiar:

Vive só: ___ Vive acompanhado: _____

Nome	Idade	Parentesco	Rend.(1)	Hab.	contato



4. Dados de Identificação e contatos de pessoas próximas do cliente:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco /Relação: _____

Tel:/Telemóvel: _____ E-Mail: _____

Morada: _____ Cod. Postal: ___ - ___

Profissão: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Parentesco /Relação: _____

Tel:/Telemóvel: _____ E-Mail: _____

Morada: _____ Cod. Postal: ___ - ___

Profissão: _____

5. Dados sobre a saúde:

Problemas de Saúde: _____

Alergias: _____

Nome do Médico de Família: _____ Local: _____

Cuidados especiais: _____



6. Motivo da inscrição:

7. Observações:



8. Grau de autonomia		
Atividades	Requisitos	Resp.
Fala	Não se faz compreender pela fala	
	Fala com dificuldade	
	Fala normalmente	
Vista	Não vê	
	Vê mal, mas reconhece os objectos	
	Vê bem	
Ouvido	Não ouve	
	Ouve com dificuldade	
	Ouve bem	
Higiene do corpo	Não faz	
	Só faz parte ou com a ajuda de terceiros	
	Faz sozinho	
Coerência	Incoerente	
	Incoerente total ou intermitente	
	Coerente	
Orientação no tempo e espaço	Totalmente desorientado	
	Desorientado parcial	
	Bem orientado	
Vestir	Não se veste ou despe sozinho	
	Precisa de ajuda de terceiros	
	Veste e despe-se sozinho	
Alimentação	Come bem pela sua própria mão	
	Precisa que lhe cortem os alimentos	
	Completamente incapaz de comer sozinho	
Incontinência urinária	Incontinência permanente	
	Incontinência intermitente	
	continência permanente	
Incontinência fecal	Incontinência permanente	
	Incontinência intermitente	
	continência permanente	
Locomoção	Permanentemente acamado	
	Temporariamente acamado	
	Só se desloca com a ajuda de terceiros	
	Só se desloca com a ajuda técnica	
	Desloca-se sem dificuldade	



Em anexo a tabela da medicação e cálculo da mensalidade

Informação Disponibilizada ao Cliente

Tipo de informação	Informação disponibilizada	Documento disponibilizado
Regulamento interno		
Critérios de candidatura e admissão		
Gestão da lista de candidatos		
Regulamento das participações ou mensalidades dos clientes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos, bem como seguro		
Modelo de intervenção do Centro de Dia (serviços prestados)		
Boletim informativo da organização		
Horário de funcionamento da organização e de todos os serviços		
Documentos a entregar com a ficha de inscrição		
Assinatura do cliente/representante	Assinatura do estabelecimento:	

