

**TIPO DE RESPOSTA SOCIAL A QUE SE CANDIDATA**

- Qual a Resposta Social a que se candidata:  
(assinale com um X)

Centro de Dia

(Dados a preencher pelos serviços da A.U.R.P.I.S)

Data de Inscrição:

Nº de Inscrição:

Data Admissão:

Nº de Cliente:

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Naturalidade : \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefone Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

B.I./Cartão Cidadão N.º: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Regime da Segurança Social: \_\_\_\_\_ Nº Beneficiário/NISS: \_\_\_\_\_

Sub - Sistema de Saúde : \_\_\_\_\_ Utente SNS/ Nº: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Rendimento Mensal: \_\_\_\_\_ Sócio da A.U.R.P.I.S. NÃO  SIM  Número: \_\_\_\_\_

Ultima Profissão: \_\_\_\_\_ Idade com que deixou de trabalhar \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

**2. PESSOA DE REFERÊNCIA DO CLIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho: \_\_\_\_\_

Telef. de Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Vive com o Cliente: NÃO  SIM

**3. OUTRO FAMILIAR /PESSOA DE CONTATO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho: \_\_\_\_\_

Telef. de Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Vive com o Cliente: NÃO  SIM

**4. REDE SOCIAL E SUPORTE** (Assinale com um X)

Neste momento quem presta apoio ao cliente? \_\_\_\_\_

O Cliente usufrui de algum dos seguintes serviços?

Apoio Domiciliário  Centro de Dia  Centro de Convívio  Outro Serviço  Nenhum

Se Outro Qual? \_\_\_\_\_ Em que Estabelecimento? \_\_\_\_\_

**5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE** (assinale com um X)

Autónomo, não precisa de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade

Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (acamado)

**6. PROBLEMAS DE SAÚDE DO CLIENTE** (assinale com um X)

Respiratórios <input type="radio"/>	Intestinais <input type="radio"/>	Doença Psiquiátrica <input type="radio"/>
Reumáticos <input type="radio"/>	Doenças infecto-contagiosas <input type="radio"/>	Doença Neurológica <input type="radio"/>
Cardíacos <input type="radio"/>	Diabetes <input type="radio"/>	Deficiência Mental <input type="radio"/>
Hipertensão <input type="radio"/>	Auditivos <input type="radio"/>	
Urinários <input type="radio"/>	Visão <input type="radio"/>	

**7. MOTIVO DO PEDIDO**

**Fundamentação do pedido:**

---



---



---

**DOCUMENTOS ENTREGUES:**

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  CARTÃO DE CONTRIBUINTE  N.I.S.S.  CARTÃO DE SAÚDE   
 COMPROVATIVO DE MORADA  ULTIMA DECLARAÇÃO DE IRS  COMPROVATIVO DE REFORMA   
 RELATÓRIO MÉDICO FAMÍLIA E/OU ESPECIALIDADE  INDICAÇÃO TERAPÉUTICA   
 ATESTADO MÉDICO EM COMO NÃO SOFRE DE DOENÇA INFETO-CONTAGIOSA

DATA: Seixal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**ASSINATURAS**

Cliente: \_\_\_\_\_

Pessoa de Referência do Cliente: \_\_\_\_\_