



Ficha de Inscrição

Data de Inscrição: 29/10/2021

N. Entrada:

Pedido de Serviço: ERPI

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo: LÚCIA PEREIRA VAZ

Nome pelo qual deve ser tratado: Sr.^a LÚCIA

Data de Nascimento: 10/03/1938

Sexo: FEM.

Idade: 82

Anos

Morada: RUA DA SEARA N.º35

Código Postal: 5110 - 176 CIMBRES

Telefone Casa: ---

BI/CC:

Telemóvel: ---

NIF: 109396804

Nº Beneficiário: 11152301295

Regime Segurança Social: REFORMADA

Nº Utente: 296124596

Sub-sistema Saúde: ---

2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

	Pessoa em situação social e económico – financeira precária.
X	Isolamento, ausência de apoio familiar* e/ou risco social. (cansaço do cuidador)
	Frequentar as respostas sociais de Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia.
	Pessoas socialmente carenciadas.
	Ser familiar directo de utente já residente na ERPI da Misericórdia.
	Ser Benfeitor ou Irmão da Misericórdia.
	Proximidade geográfica.
X	Grau de dependência.
	Ser natural da freguesia de Vila Seca.

Resposta solicitada:

Temporária	
Permanente	X

Ficha de Inscrição

Fundamentação:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE (1)

1) Nome: MANUEL PEREIRA VAZ

Data de Nascimento: 28/04/1948

Parentesco/ Relação⁽²⁾: IRMÃO

Morada: RUA DA SEARA N.º35

Código Postal: 5110-176 CIMBRES

Telefone: 962234786

Ocupação:

2) Nome: GUILHERMINA MORAIS

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação⁽²⁾:

Morada:

Código Postal:

Telefone: 966003712

Ocupação:

⁽¹⁾ Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

⁽²⁾ Parentesco – cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntário(a), outro

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Sim		Quem?
Não	X	Serviço?

Ficha de Inscrição

4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim		Qual?
Não	X	

**O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?
(assinale com uma X)**

Sim	X	Não	
-----	---	-----	--

**Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)**

Diário e permanente	X	
Diário pontual		
Pontual		
Inexistente		

**O cliente usufrui dos serviços de/está integrado em:
(assinale com uma X)**

<input type="checkbox"/>	Serviço de Apoio Domiciliário	Identifique qual a organização:
<input type="checkbox"/>	Centro de Dia	
<input type="checkbox"/>	Outro Serviço	Especifique qual, assim como a organização:

5. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade(s):			
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e., funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)	X		
Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação? (p.e., andar distâncias longas; participar em actividades de grupo)	X		ANDARILHO
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?		X	
Causa(s) das incapacidade(s):			
Congénita(s)		X	
Adquirida(s)	X		

Conceitos (CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde):

Incapacidade – termo genérico para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação.

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 actividade – dificuldades que um indivíduo possa ter na execução de actividades (entendidas como a execução de uma tarefa ou acção).

Restrições 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 da vida real.

6. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Ficha de Inscrição

Sim		Não	X	
-----	--	-----	---	--

Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:			
Bilhete de Identidade		Data da entrega:	
Nº de Contribuinte		Data da entrega:	
Cartão de Beneficiário ou Pensionista		Data da entrega:	
Cartão do Serviço Nacional de Saúde		Data da entrega:	
Outros. Especificar:		Data da entrega:	

7. ASSINATURAS

Cliente	_____	Data: ____ / ____ / ____
Significativos	_____	Data: ____ / ____ / ____
Organização	_____	Data: ____ / ____ / ____