



Fundação Cardeal Cerejeira

# Ficha de Atendimento - Inscrição

Edição: 1

Revisão: 1

Nº do Processo:

Data de Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motivo:

Serviço de Apoio Domiciliário

Centro de Dia

Centro de Convívio

Lar de Idosos

Quem realiza o pedido

O próprio

Familiar

Instituição: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Atendimento presencial

Atendimento Telefónico

## Identificação

*A preencher pela ADM/AS/P/DT nas valências de SAD, CD, CC, LAR*

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_ Tlm. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Meio Origem

Rural

Urbano

BI Nº/ CC. \_\_\_\_\_

Emitido: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Em: \_\_\_\_\_

Nº. de Contribuinte: \_\_\_\_\_

Nº. De Beneficiário: \_\_\_\_\_

Sistema de Saúde: \_\_\_\_\_

NISS: \_\_\_\_\_

Seg. Social Nº. \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Nº Utente: \_\_\_\_\_



Fundação Cardeal Cerejeira

## Ficha de Atendimento - Inscrição

Edição: 1

Revisão: 1

### Dados de identificação e contacto do Responsável/ Familiar de referência:

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tlm. \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ BI/CC \_\_\_\_\_ Horas de contacto \_\_\_\_\_

Outro contacto \_\_\_\_\_ Tlm. \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_

### Contrato de Prestação de Serviços assinado por:

CLIENTE  REPRESENTANTE

### Serviços a prestar

*A preencher pelo(a) AS/P/DT na valência de SAD*

	1 X	2X	3X	4 X	5 X	10 X	Sábado	Domingo
Refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reforço Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de Roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensão Arterial/ Glicémia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animação/ Socialização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/ Outros Serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fundação Cardeal Cerejeira

## Ficha de Atendimento - Inscrição

Edição: 1

Revisão: 1

A preencher pelo(a) AS/P/DT na valência de LAR, CD, CONV.

	1 X	2X	3X	4 X	5 X	10 X	Sábado	Domingo
Refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reforço Jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Habitacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento de Roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio na Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensão Arterial/ Glicémia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animação/ Socialização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observações/ Outros Serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O Cliente é:

ADMISSÍVEL

NÃO ADMISSÍVEL

Em conformidade com a Lei nº 67/98 da Protecção de Dados Pessoais, informamos que os dados fornecidos na presente Ficha de Atendimento/ Inscrição, serão apenas utilizados para fins directamente relacionados com o serviço que pretendeu, garantindo-se a estreita confidencialidade e o tratamento dos dados por parte da Fundação Cardeal Cerejeira.

\_\_\_\_\_  
(Técnico Responsável)

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

\_\_\_\_\_  
(Cliente/ Representante)

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