



## Ficha de Inscrição

Data de Inscrição:

Início de Prestação de Serviço:

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome:

Estado Civil:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

BI:

Telemóvel:

NIF:

Nº Beneficiário:

Ocupação Profissional Anterior:

Nº Utente:

Sub-sistema Saúde:

Identificação Médico  
Família:

Contato Telefónico:

### Constituição Agregado Familiar:

Nome	Idade	Parentesco	Meio de vida principal
Cliente			

### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

A resposta social foi solicitada por:

### Fundamentação (enquadramento social, idade, hábitos)

### Situação de Saúde (capacidade funcional)

### Necessidades Especiais:



# ARPAZ

Associação Regional de Solidariedade e Progresso do Alto Zêzere  
Rua Direita 6 \* Tel: 275 962 178 \* Fax: 275 962 500 \* 6215 - 043 Barco CVL  
[lar.s.simao@sapo.pt](mailto:lar.s.simao@sapo.pt)

IMP02.IT01.PC01 •  
Pág. 2 de 3  
ARPAZ

## Ficha de Inscrição

### Prestação de Serviços:

	ERPI <input type="radio"/>	SAD <input type="radio"/>	CD <input type="radio"/>
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de Higiene pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamento de Roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços Médicos/Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Serviços de Fisioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração Medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transporte/Acompanhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistência Religiosa outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acesso à chave domicílio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpeza Habitacional		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produtos de Apoio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/ Relação<sup>(2)</sup>:

Morada:

Código Postal:

Telefone:  Ocupação:

### 4. REDE SOCIAL DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim  Qual?

Não

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

- diário e permanente
- diário pontual
- pontual
- inexistente

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

Não usufrui de qualquer serviço da instituição:

- Serviço de Apoio Domiciliário
- Centro de Dia
- Outro Serviço

Identifique qual a organização:

Especifique qual, assim como a organização:



# ARPAZ

Associação Regional de Solidariedade e Progresso do Alto Zêzere  
Rua Direita 6 \* Tel: 275 962 178 \* Fax: 275 962 500 \* 6215 - 043 Barco CVL  
[lar.s.simao@sapo.pt](mailto:lar.s.simao@sapo.pt)

IMP02.IT01.PC01 •  
Pág. 3 de 3  
ARPAZ

## Ficha de Inscrição

### 6. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos Mensais:			Despesas Mensais:		
Rendimento do trabalho	.	€	Renda/Prestação da casa	.	€
Reforma	.	€	Transportes públicos	.	€
Pensão	.	€	Medicação	.	€
Complemento por dependência	.	€	Alimentação	.	€
Outros	.	€	Outros	.	€
<b>Total:</b>	.	€	<b>Total:</b>	.	€

### 7. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

Sim  Não

Assinale quais os documentos em falta e a respectiva data de entrega

Bilhete de Identidade	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Nº de Contribuinte	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/