



Cooperativa de Solidariedade Social  
OS AMIGOS DE SEMPRE, CRL

FICHA DE INSCRIÇÃO/ AVALIAÇÃO INICIAL  
DE REQUISITOS CD

CÓDIGO  
IMP02.IT01.PC01

EDIÇÃO  
01

REVISÃO  
00

Data de admissão:

Data de inscrição:

Nº de Entrada:

Nº de Cliente:

Ponto de Situação da Inscrição:

## 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração:

Idade: anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

Telemóvel:

BI N.º

N.º de Contribuinte:

Beneficiário SS:

SNS:

Escolaridade:

Nacionalidade:

Qual a última ocupação Profissional:

## 2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal	Rendimento Mensal
			Sim	Não		
						€
						€
						€
						€
TOTAL						

## DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Ocupação:

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/ Relação:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Ocupação:



### 3. SITUAÇÃO 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	€
Total	€	Total	€

### 4. REDE SOCIAL E SUPORTE

Identifique o suporte existente do candidato:

(assinale com um X)

Diário e permanente

Inexistente

Pontual

Diário pontual

### 5. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente:

(assinale com um X)

Autónomo, não necessita de apoios

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

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

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência

(assinale com um X)

Mental

Auditiva

Motora

Visual

### 6. VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

O cliente visitou as instalações?

Sim

Não

Mencionar a razão da não visita às instalações:

Novo agendamento de visita:



## 7. FOTOCÓPIAS DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Assinale quais os documentos em falta e respectiva data de entrega

Bilhete de Identidade	Data de entrega
N.º de Contribuinte	Data de entrega
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	Data de entrega
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	Data de entrega
Talão comprovativo de rendimentos (reforma ou outros)	Data de entrega
Despesas medicação crónica	Data de entrega
Despesas renda de casa	Data de entrega

## 8. DOCUMENTOS ENTREGUES AO CLIENTE

Cópia do Regulamento Interno da resposta social		Data
Cópia da Declaração de Entrega de Documentos		Data
Cópia do Contrato de Prestação de Serviços		Data

## 9. VALOR DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR /MENSALIDADE

<input type="text"/>	€
----------------------	---

<b>Assinaturas</b>	
<b>Cliente</b>	<b>Data:</b>
<b>Representante do Cliente</b>	<b>Data:</b>
<b>Estabelecimento</b>	<b>Data:</b>