



Processo Chave  
Procedimento de Candidatura

Código  
PC01.IMP09

Ficha de Inscrição – ERPI, CD e SAD

Rev 01

SAD

ERPI

CD

Data de Inscrição:

N.º Entrada:

Diligências pré-admissão:

Estado da Inscrição

- Admitido
- Não admitido mas interessado em ingressar na lista de candidatos
- Não admitido e anulada a inscrição
- Candidatura não admissível

Motivo da  
não admissibilidade

*No caso de não admissibilidade será entregue uma declaração de Não Admissibilidade (Anexo 2)*

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE** (a preencher por equipa técnica)

Nome  
completo:

Nome pelo qual  
deseja ser  
tratado:

Data de  
Nascimento:

Sexo:

Idade:

Anos

Morada:

Código Postal:

Telefone Casa:

BI:

Telemóvel:

NIF:

N.º

Beneficiário:

Regime Segurança Social:

N.º Utente:

Sub-sistema Saúde:

N.º Cartão de  
Cidadão:

Estado Civil:

Escolaridade:

Ocupação profissional anterior:

Nº de filhos:

Elaborado

Aprovado

Equipa da Qualidade

Data: 07/2014

Conselho de Administração

Data: 01/08/2014

Página 1 de 8

	<b>Processo Chave</b> <b>Procedimento de Candidatura</b>	Código <b>PC01.IMP09</b>
	<b>Ficha de Inscrição – ERPI, CD e SAD</b>	Rev 01

**2. MOTIVO DO PEDIDO** (a preencher por equipa técnica)

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

Fundamentação:

**3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOA(S) SIGNIFICATIVA(S) DO CLIENTE** (a preencher por equipa técnica)

**1º** Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Contacto telefónico:  E-mail:

**2º** Nome:

Data de Nascimento:  Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Contacto telefónico:  E-mail:

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar/ colaborar nesta Instituição?

Sim  Quem? Que Resposta Social?

Não

Elaborado		Aprovado		Página 2 de 8
Equipa da Qualidade	Data: 07/2014	Conselho de Administração	Data: 01/08/2014	



Processo Chave  
Procedimento de Candidatura

Código  
PC01.IMP09

Ficha de Inscrição – ERPI, CD e SAD

Rev 01

**4. REDE SOCIAL DE SUPORTE** (a preencher pela equipa técnica)

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 de outros serviços ? (assinale com uma X)

Não

Sim

Especifique qual, assim como a organização:

**5. SITUAÇÃO CLÍNICA** (assinale com uma X) (a preencher por equipa técnica)

Autónomo  Semi-dependente  Dependente

(interpretação segundo informação do Familiar Responsável/Significativo)

**Movimentação:**

Caminha sozinho

Caminha com apoio de terceiros

Caminha com apoio de andarilho

Caminha com apoio de Bengala

Não caminha

Desloca-se com apoio de Cadeira de rodas

Apenas para longos percursos utiliza cadeira de rodas

**Continência Urinária:**

Incontinente

Alguns episódios de incontinência

Continente

Encontra-se com algália

Usa fralda  Dia  Noite

**Continência fecal:**

Incontinente

Alguns episódios de incontinência

Continente

**Higiene pessoal:**

Sozinho

Com ajuda parcial

Com ajuda total

No WC

Na cama

**Alimentação:**

Sozinho

Com ajuda parcial

Com ajuda total

Por sonda

Dieta mole

Dieta líquida

Dieta pastosa

Dieta pobre em açúcar

Dieta pobre em sal

Dieta geral

Elaborado

Aprovado

Equipa da Qualidade

Data: 07/2014

Conselho de Administração

Data: 01/08/2014

Página 3 de 8

	<b>Processo Chave</b> <b>Procedimento de Candidatura</b>	<b>Código</b> <b>PC01.IMP09</b>
	<b>Ficha de Inscrição – ERPI, CD e SAD</b>	<b>Rev 01</b>

**6. SERVIÇOS SOLICITADOS (preencher no caso de SAD) (a preencher por equipa técnica)**

Serviços solicitados	Quais	Quando		Periodicidade				
		Semana	Fins-de-semana /feriados	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Quantas x por dia
Higiene pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alimentação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cuidados de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Assistência medicamentosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Higiene habitacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tratamento de roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apoio na aquisição de bens e serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Acompanhamento ao exterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apoio Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Apoio Psicológico ao cliente/família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Actividades socioculturais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**7. CONTEXTO HABITACIONAL? (a preencher por equipa técnica para a resposta social de SAD)**

Há quantos anos vive no seu local de residência? \_\_\_\_\_

Tem um quarto só para si?      Sim       Não

Tipo de habitação	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Quarto Outro: _____					
Condições habitacionais	Água canalizada		Fogão		Microondas	
	Electricidade		Frigorífico		Rádio	
	Rede de esgotos		Esquentador		TV	
	Gás		Máq. Lavar Roupas		Video/DVD	
	Aquecimento		Máq. Lavar loiça		Telefone	

	<b>Processo Chave</b> <b>Procedimento de Candidatura</b>	<b>Código</b> <b>PC01.IMP09</b>
	<b>Ficha de Inscrição – ERPI, CD e SAD</b>	Rev 01

**8. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?** (a preencher por equipa técnica)

Sim  Não

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

Bilhete de Identidade do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
N.º de Identificação Fiscal do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Nº de Segurança Social do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão do Serviço Nacional de Saúde do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Cidadão do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Cartão de Cidadão da Pessoa(s) Significativa(s) do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
IRS + Nota de liquidação das Finanças	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Vale de Pensão do Cliente	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Declaração Médica com informação clínica	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Comprovativo de complemento por dependência ou prova do requerimento deste junto da SS	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/
Outros. Especificar:	<input type="radio"/>	Data da entrega	/	/

**9. CUMPRIMENTO DA LEI DE PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

Autorizo a informatização e tratamento dos meus dados pessoais aqui disponibilizados para fins de gestão interna institucional.

**10. DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO**

Declaro ter obtido conhecimento do procedimento de candidatura e admissão da Fundação Cônego Filipe de Figueiredo, bem como ter recebido uma declaração de inscrição.

**11. DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE NÃO ADMISSIBILIDADE** (*Apenas em caso de não admissibilidade*)

Declaro ter obtido conhecimento dos motivos da Não Admissibilidade da candidatura, bem como ter recebido uma declaração de Não Admissibilidade.

**12. ASSINATURAS**

Cliente	_____	Data: / /
Pessoa Significativa	_____	Data: / /
Elemento da equipa técnica	_____	Data: / /