

Ficha de Atendimento



Data: ____/____/____ Contacto presencial ____ Contacto telefónico ____ E-mail ____

Resposta Social pretendida: Centro de Dia ____ SAD ____

Nome do cliente: _____

Responsável pelo contacto: _____

Relação com o cliente: _____

Contacto telefónico: _____ E-mail: _____

ATENDIMENTO – Informação disponibilizada ao cliente

Tipo de Informação	Informação disponibilizada	Documento disponibilizado
Regulamento Interno		
Critérios de admissão e priorização		
Serviços existentes e horários de funcionamento		
Plano de actividades /projetos		
Descrição das Atividades de Intervenção		
Mensalidades e formas de pagamento		
Realização da Ficha de Inscrição		
Folheto Informativo		
Outros esclarecimentos		

Nota: Assinalar com um X a situação verificada

Como tomou conhecimento da Instituição: Redes Sociais ____ Referência de outrem ____ Imprensa ____

Assinatura do responsável pelo atendimento: _____

Ficha de Atendimento



Data de inscrição: ___/___/_____

Data de Admissão: ___/___/_____

Resposta Social: Centro de Dia ___ SAD ___

Data de saída: ___/___/_____

Motivo: _____

Parte I: Recolha de Dados

Nº Processo: _____

Ponto de Situação da Inscrição:

- Admitido
- Não admitido, mas interessada em ingressar (lista de espera)
- Não admitida e anulada a inscrição pelo potencial cliente/pessoa de referência
- Não admitida e anulada a inscrição por não respeitar requisitos

1- Dados de Identificação do cliente

Nome completo: _____

Nome a ser tratado: _____ Naturalidade: _____

Data nascimento: ___/___/_____ Data de Comemoração: ___/___/_____ Idade (anos): _____

Morada: _____

Código postal: _____ Telefone de casa: _____

BI/CC Nº: _____ Telemóvel: _____

Número de Contribuinte: _____ E-mail: _____

Beneficiário SS nº: _____ SNS: _____

2 – Dados e identificação e contatos da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente

Nome completo: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código postal: _____ Ocupação: _____ Telefone de casa: _____

Telemóvel _____ E-mail: _____

Ficha de Inscrição



Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código postal: _____ Ocupação: _____ Telefone de casa: _____

Telemóvel _____ E-mail: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código postal: _____ Ocupação: _____ Telefone de casa: _____

Telemóvel _____ E-mail: _____

3 – Agregado Familiar

Tem filhos(as)? Sim ____ Não ____

Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Relação de vizinhança/amigos/integração na comunidade



4 – Condições habitacionais (descrição pelo candidato/família ou ver Relatório de Visita Domiciliária)

5 - Estado funcional

Independente: _____ Semi-dependente: _____ Dependente: _____

Ajudas Técnicas

- Bengala
- Canadianas
- Andarilho
- Cadeira de Rodas
- Com ajuda de terceiros

- Fralda
- Algália
- Sonda Nasogástrica
- Outra: _____

Dieta Alimentar

Consistência:

- Normal
- Dieta pastosa
- Dieta mole
- Dieta Líquida

Especificidades:

- Hipossalina
- Hipoglissémica
- Hipolípídica
- Outra: _____



6 – Serviços solicitados

Serviços solicitados	Quais	Periodicidade				Quantidade			
		Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	1x	2x	3x	Outra
Higiene pessoal									
Cuidados de imagem									
Fornecimento de alimentação									
Apoio na alimentação									
Cuidados de saúde									
Assistência medicamentosa									
Apoio Social									
Higiene habitacional									
Tratamento de roupas									
Apoio na aquisição de bens e serviços									
Acompanhamento ao exterior									
Atividades socioculturais									
Atividades desportivas									
Outro. Qual?.....									



7 – Situação económica

Rendimentos Cliente: _____€ Rendimentos per capita: _____€

Rendimentos do Agregado Familiar: _____€ Participação mensal: _____€

Estimativa do Cálculo da Mensalidade à luz da Circular 4 e 5 da Segurança Social

$R=(RF-D) / N$

R: rendimento per capita

RF: rendimento mensal líquido do agregado familiar

D: despesas fixas

N: nº de elementos do agregado familiar

Descrição dos cálculos:

8 – Motivo do pedido

Em caso de não haver vaga, está interessado(a) em ingressar na Lista de Espera? Sim ___ Não ___
Em caso de estar na Lista de Espera, a Carta de Aprovação (posterior ao contato telefónico) pode ser enviada por correio eletrónico? Não ___ Sim ___ Para qual? _____



9 – Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim ____ Não ____

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

- BI/Cartão de Cidadão ____/____/____
- N° de Contribuinte ____/____/____
- Cartão de Beneficiário ou Pensionista ____/____/____
- Cartão do Serviço Nacional de Saúde ____/____/____

Admissível? (assinale com uma x)

- Sim
- Não

Porquê?

Visita às instalações:

- Sim
- Não, opção da família
- Não, indisponibilidade do estabelecimento

Informações/acesso ao regulamento e funcionamento:

- Sim foram dadas;
- Não, opção da família
- Não, indisponibilidade do estabelecimento/responsável

Observações

--

Data ____/____/____ Candidato/Familiar _____

Data ____/____/____ Instituição _____



Parte II – Avaliação da Candidatura (a preencher pela Direção Técnica)

1. Critérios de seleção e Priorização

Critério	Cumpre (1) Não cumpre (0)
Situação económico-financeira precária	
Naturalidade ou residência na área geográfica definida nos estatutos da instituição	
Grau de dependência	
Ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados necessários	
Risco de isolamento social	
Data da inscrição	
	Total

Parecer Técnico:

Data:

Assinatura:

Parecer da Direção (Quando aplicável):

Data:

Assinatura: