



FICHA DE INSCRIÇÃO

Data da Entrevista: ____/____/____

Nº de inscrição:

1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA			
Nome			
D.N.		Idade ____ Anos ____ M	
Morada			
Documento de Identificação	Tipo	Nº	Val.
SNS	Nº Cartão de Utente	Centro de Saúde	
Outro Subsistema			
NISS		NIF	
Com quem vive: Pais <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/>			
Outro(s) <input type="checkbox"/> Especifique:			
2. FILIAÇÃO			
Mãe			
Morada:			
Contactos	Casa	TM	Emprego
Pai			
Morada:			
Contactos	Casa	TM	Emprego
OBS.			
3. REPRESENTANTE LEGAL/PESSOA DE REFERÊNCIA			
Nome			
Grau de afinidade:		Naturalidade:	
Morada:			
Contactos	Casa	TM	Emprego



4. AGREGADO FAMILIAR

Composição	Nome	Parentesco	Profissão	Situação Profissional

OBS.

4. ENCARGOS DO AGREGADO FAMILIARES

Simulação Valor Comparticipação Familiar (SVCF)

RC=

SVCF =

5. ASPETOS DE DESENVOLVIMENTO/SAÚDE

Caracterização da Deficiência / Incapacidade	Tipo	Limitações da Atividade ou Restrições da Participação	Utilização de produtos de apoio

Vacinação

Acompanhamentos Terapêuticos

Sim

Não

Se sim, especifique

Rotinas Diárias	Sono	Alimentação	Atividade Lúdica

Horário previsto de frequência na resposta social	Entrada	Saída
	_____H_____ M	_____H_____ M



6. INTERVENÇÃO/ENCAMINHAMENTO PROPOSTO

OBS.

Presenças	Familiars/Representantes Legais	Elementos da Equipa	
		Nome	Função

Familiar/Representante Legal	Técnico	Função

Os utentes, ou os seus representantes, assumem total responsabilidade pela atualização das informações fornecidas, sempre que se justifique. A APPACDM de LISBOA responsabiliza-se em assegurar a privacidade relativa aos dados pessoais do utente, garantindo que estes são usados estritamente para os fins que legitimaram a sua recolha e nos termos definidos na legislação em vigor.

COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO (destacável)

Recorte pelo picotado e entregue ao candidato



COMPROVATIVO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____

Data de inscrição: _____ Nº de inscrição: _____

Resposta social /serviço: _____

O Técnico: _____



Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
 Avenida 5 de Outubro,104 - 5º | 1064-004 Lisboa
 Telef. 217928720 | Fax: 217928749 | e-mail: geral@appacdm-lisboa.pt | web: www.appacdm-lisboa.pt
 NPC: 504646788

