

**FICHA
DE
INSCRIÇÃO
TI 041**

COLÉGIO DE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Quinta de Real – Apartado 51
Tel. 253 300 010 * FAX 253 623 570
4711-909 BRAGA
E-mail: externatonsgracas@sapo.pt
www.cnossasenhoradasgracas.pt



Nome do Cliente : [REDACTED]

Morada: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Localidade: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Telemóvel: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED]

Local de Trabalho: [REDACTED]

Telf.: [REDACTED]

N.º BI: [REDACTED]

NIF: [REDACTED]

N.º NISS: [REDACTED]

Pessoa(s) próxima(s)¹ do cliente:

Nome: [REDACTED]

Parentesco/Relação²: [REDACTED]

Morada: [REDACTED]

Código Postal: [REDACTED]

Localidade: [REDACTED]

Telefone: [REDACTED]

Tlm.: [REDACTED]

Profissão: [REDACTED]

Local de Trabalho : [REDACTED]

N.º BI: [REDACTED]

NIF: [REDACTED]

N.º NISS: [REDACTED]

¹ Responsável legal, familiares, vizinhos, outros

² Parentesco: Cônjuge, filho(a), neto(a), irmão(ã); Relação: amigo, vizinho,

**FICHA
DE
INSCRIÇÃO
TI 041**

COLÉGIO DE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Quinta de Real – Apartado 51
Tel. 253 300 010 * FAX 253 623 570
4711-909 BRAGA
E-mail: externatonsgracas@sapo.pt
www.cnossasenhoradasgracas.pt



2. Motivo do Pedido

2.1. Resposta solicitada: Temporária Permanente

2.2. Fundamentação:

DADOS A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

3. REDE SOCIAL DE SUPORTE

3.1. O cliente foi encaminhado por outra instituição?

Sim Qual? _____

Não

3.2. O cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver actividades da vida diária?

Sim

Não

3.3. Identifique o actual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

3.4. O cliente usufruiu dos serviços e/ou esteve integrado em:

Serviço de Apoio Domiciliário

Qual o estabelecimento? _____

Centro de Dia

Qual o estabelecimento? _____

Outro serviço

Qual e em que estabelecimento? _____

**FICHA
DE
INSCRIÇÃO
TI 041**

COLÉGIO DE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Quinta de Real – Apartado 51
Tel. 253 300 010 * FAX 253 623 570
4711-909 BRAGA
E-mail: externatonsgracas@sapo.pt
www.cnossasenhoradasgracas.pt



4. CARACTERIZAÇÃO DA(S) E INCAPACIDADE(S)

4.1. Tipo de incapacidades:

4.2. Verificam-se mudanças nas funções do corpo
(fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)?
(funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento)

Sim

Não

4.3. Verificam-se limitações da actividade ou restrições da participação?
(realizar auto-cuidados, andar distâncias longas, ...)

4.4. Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

4.5. Causas das incapacidades (utilizar CIF como referencial de suporte):

Congénitas

Adquiridas

**FICHA
DE
INSCRIÇÃO
TI 041**

COLÉGIO DE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Quinta de Real – Apartado 51
Tel. 253 300 010 * FAX 253 623 570
4711-909 BRAGA
E-mail: externatonsgracas@sapo.pt
www.cnessasenhoradasgracas.pt



4. DOCUMENTAÇÃO FORNECIDA PELO RESPONSÁVEL/FAMILIAR

- Fotocópia ou BI do Cliente e pessoa responsável (quando necessário)
Data de entrega: _____
- Fotocópia do Número de Identificação Fiscal e pessoa responsável
Data de entrega: _____
- Fotocópia do Número de Identificação da Segurança Social ou Pensionista
Data de entrega: _____
- Fotocópia do Cartão do SNS:
Data de entrega: _____
- Documento comprovativo do rendimento mensal.
Data de Entrega: _____
- Documento comprovativo do gasto mensal em medicação
Data de Entrega _____
- Documento comprovativo de renda de casa ou empréstimo bancário (aplicado em SAD e CD)
- Relatório Médico
Data de entrega: _____

**FICHA
DE
INSCRIÇÃO
TI 041**

COLÉGIO DE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Quinta de Real – Apartado 51
Tel. 253 300 010 * FAX 253 623 570
4711-909 BRAGA
E-mail: externatonsgracas@sapo.pt
www.cnossasenhordasgracas.pt



Assinaturas

Cliente

Data: ____/____/____

Família/pessoa responsável:

Data: ____/____/____

Pela Instituição:l

Data: ____/____/____