

Data de Inscrição _____

Nº de Entrada (preencher pelo Centro de Dia)

Inscrição realizada por:

Próprio Sim Não

Se não, foi realizada por quem:

Parentesco: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome completo: _____

Nome pelo qual deseja ser tratado: _____

Data de Nascimento __/__/____ Sexo: _____ Idade: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade nº: _____

Nº Identificação Fiscal: _____

Nº Identificação Segurança Social: _____

Nº de Utente Serviço Nacional de Saúde/Outro Sub-sistema de Saúde: _____

2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta:

Temporária Permanente

Fundamentação:

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DE PESSOAS SIGNIFICATIVAS DO CLIENTE

Nome:	
Data de Nascimento: __/__/____	Parentesco/Relação:
Morada:	
Código Postal:	Localidade:
Telefone:	Telemóvel:
Ocupação:	

4. SERVIÇOS SOLICITADOS

Cuidados de Higiene Pessoal e de Imagem	
Refeições	
Cuidados de Saúde	
Assistência Medicamentosa	
Transporte	
Acompanhamento ao Exterior	
Tratamento de Roupas	
Atividades Socioculturais	
Outro (s). Quais? _____	

5. ASSINATURAS

Cliente: _____

Responsável: _____

Recebido por: _____