



A.R.P.I.L.F.

ASSOCIAÇÃO DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS LARANJEIRO FEIJÓ

CENTRO DE DIA

DATA DE INSCRIÇÃO: _____ PROCESSO Nº _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

NOME COMPLETO: _____

NOME A SER TRATADO: _____

MORADA: _____

NISS: _____

ESTADO CIVIL: _____ HABILITAÇÕES: _____

OCUPAÇÃO: _____

TELEFONE DO TITULAR: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

IDADE: _____ SNS _____

MÉDICO DE FAMÍLIA: _____ CENTRO DE SAÚDE: _____

2. IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA PESSOA PRÓXIMA DO UTENTE

NOME: _____

TELEFONE DE UM FAMILIAR: _____

PARENTESCO: _____ MORADA: _____

NOME: _____

TELEFONE DE UM FAMILIAR: _____

PARENTESCO: _____ MORADA: _____

3. MOTIVO DO PEDIDO

FUNDAMENTAÇÃO: _____

4. REDE SOCIAL E SUPORTE

O utente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?

Sim _____ Não _____

Suporte existente do utente:

Diário e Permanente _____

Diário pontual _____

Pontual _____

Inexistente _____

5. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

Grau de dependência global do utente:

Autónomo, não necessita de apoio _____

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e no apoio à mobilidade _____

Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas de vida quotidiana e na mobilidade _____

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas _____

DEFECIÊNCIA

Mental Visual Motora Auditiva

6. VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

O utente visitou as instalações

Sim: Não:

7. CÁLCULO DE COMPARTICIPAÇÃO

CAPITAÇÃO: RECEITAS – DESPESAS= 45%

Nº DE PESSOAS

SERVIÇOS QUE NECESSITA:

ALIMENTAÇÃO _____

HIGIENE PESSOAL _____

TRATAMENTO DE ROUPA _____

TRANSPORTE _____

OBSERVAÇÕES: