



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 1 de 8

1. ATENDIMENTO — INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA AO CLIENTE


Data:	Resposta Social: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
Contacto presencial <input type="checkbox"/>	Contacto telefónico <input type="checkbox"/>
Nome do cliente:	
Contacto:	
Nome da pessoa que efetua o contacto:	
Contacto:	Relação com o cliente:

Tipo de Informação	Informação Disponibilizada	Documento Disponibilizado
Regulamento interno e Horário de funcionamento da ERPI / SAD e de todos os serviços		
Critérios de candidatura e admissão e Gestão da lista de candidatos		
Regulamento das participações ou mensalidades dos clientes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos (redes pública, solidaria e privada)		
Modelo de intervenção para Idosos (serviços prestados, etc.)		
Boletim informativo		
Guião de Acolhimento		
Ficha de inscrição e Documentos a entregar com a ficha de inscrição		

	SIM	NÃO
Autoriza a reprodução do documento de identificação ao abrigo da Lei n.º 7 / 2007 de 05 de Fevereiro?		
Visita às Instalações		
Outra. Especificar:		
Técnico da Organização para contacto:		

Nota: Assinalar com X a situação verificada

Revisão nº: 8	Data Aprovação: 10/09/2018
---------------	----------------------------

	PC01 – Gestão do Acolhimento	CÓDIGO: PC01.IMP001
	FICHA DE INSCRIÇÃO e AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS	Verificado por: PD Página 2 de 8

2. FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de Inscrição:	Nº de Processo:
--------------------	-----------------

2.1. Dados de Identificação do Cliente

Nome:		
Nome pelo qual deve ser tratado:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Morada:		
Código Postal:	Telef. casa:	Telemóvel:
BI / C. Cidadão:	NIF:	
Nº Beneficiário:	Reg. Seg. Social:	
Nº Utente:	Sub-sistema saúde:	

2.2. Motivo do Pedido

(Identificação contexto habitacional / condições de vida do cliente)	Resposta solicitada:	Temporária <input type="checkbox"/>	Permanente <input type="checkbox"/>

3. Dados de identificação do significativo¹

Nome:		
Data de Nascimento:	Parentesco/Relação:	
Morada:		
Código Postal:	Telef.	Ocupação:

¹ (1) Pessoa(s) próxima(s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

(2)Parentesco – conjugue, filho(a), neto(a), irmão(a), outro; Relação – amigo(a), vizinho(a), voluntario(a), outro

Revisão nº: 8	Data Aprovação: 10/09/2018
---------------	----------------------------



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 3 de 8

Nome:

Data de Nascimento:

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Telemóvel:

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim

Quem?

Não

Serviço:

2.4. Rede Social de Suporte

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Qual?:

Não

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?
(assinale com uma X)

Sim Não

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:
(assinale com uma X)

Diário e permanente

Pontual

Inexistente

O cliente usufrui dos serviços de / está integrado em:
(assinale com uma X)

Serviço de Apoio Domiciliário Qual a organização:

Centro de Dia

Outro Serviço Especifique qual, assim como a organização:

2.5. Caracterização da(s) Incapacidade(s)

Questões (assinale com x)	Sim	Não	Especifique-as
Tipo de incapacidade(s) Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e, funções auditivas; estrutura da coluna vertebral).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., andar distancias longas; participar em atividades de grupo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Revisão nº: 8

Data Aprovação: 10/09/2018



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 4 de 8

	Sim	Não	Especifique-as
Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Causa(s) das incapacidade(s):			
Congénita(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adquirida(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.6. Cópias de todos os documentos necessários

Documentos	Entregues	Data Entrega
Bilhete de Identidade / C. Cidadão	<input type="checkbox"/>	
Nº de Contribuinte	<input type="checkbox"/>	
Cartão de Beneficiário ou Pensionista	<input type="checkbox"/>	
Cartão do Serviço Nacional de Saúde	<input type="checkbox"/>	
IRS	<input type="checkbox"/>	
Outros. Especificar:	<input type="checkbox"/>	

3. AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

3.1. Avaliação Sumária da Funcionalidade do Cliente

Atividades	Autónomo	Cuidados Pontuais	Cuidados Permanentes
Higiene Pessoal			
Banho			
Cuidados de Imagem			
Vestir			
Abotoar-se			
Deslocar-se ao W.C.			
Apoio na Refeição			
Administração Terapêutica			
Mobilidade / Deambulação			
Acompanhamento ao exterior (consultas)			
Aquisição de bens e serviços			
Ocupação dos tempos livres			
Acompanhamento psicossocial			
Usa Fralda: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
Observações:			



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 5 de 8

3.2. Descrição do enquadramento familiar de suporte

3.3. Descrição das condições socioeconómicas

4. Observações decorrentes da entrevista

5. Informação de Admissibilidade

Sim Porquê?

Não Porquê?

Encontra-se em situação de poder vir a integrar esta Instituição e salvo orientação contrária, ficará, automaticamente, inscrito na Lista de Candidatos.

NÃO se encontra em situação de poder vir a integrar esta Instituição.

ASSINATURAS

Cliente

Data: / /

Significativo

Data: / /

Assistente Social

Data: / /



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 6 de 8

CRITÉRIOS		Pontuação	Ponderação
1	Pessoas / grupos, social e economicamente mais desfavorecidos		
	Não usufruir da pensão da velhice		14
	Rendimentos entre € 100,00 e € 450,00		10
	Rendimentos acima dos € 451,00		5
2	Ter naturalidade ou residência na área geográfica de abrangência institucional		2
3	Idade do cliente		
	Dos 65 anos até aos 70 anos, inclusive		1
	Dos 71 anos até aos 80 anos, inclusive		2
	A partir dos 81 anos		5
4	Risco de isolamento social e/ou geográfico		10
5	Situações de emergência social		6
6	Inexistência de retaguarda familiar e/ou sem condições de prestação dos cuidados necessários		7
7	Nível de independência ((in)capacidade para assegurar as atividades da vida diária)		
	Dependência total		07
	Dependência grave		06
	Dependência moderada		04
	Dependência muito leve		03
	Independência		0
8	Ter um familiar a frequentar a resposta social		1
9	Data de inscrição, na Lista de Candidatos		1
10	Encaminhamento da Segurança Social		4
11	Ser sócio da Casa do Povo de Leomil		7
12	Ser cliente do Serviço de Apoio Domiciliário CPLeomil		5
	Total		100



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

**FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS**

Verificado por: PD

Página 7 de 8

Anexo 1_ Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
1. Higiene Pessoal		
Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (higiene parcial)	0	
Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	5	
2. Banho		
Dependente	0	
Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	5	
3. Vestir-se		
Dependente	0	
Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	5	
Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	10	
4. Ir à casa de banho (uso de sanitário)		
Dependente	0	
Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho	5	
Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	10	
5. Evacuar		
Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	0	
Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	5	
Continente (não apresenta episódios de incontinência)	10	
6. Urinar		
Incontinente ou algaliado	0	
Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)	5	
Continente (por mais de 7 dias)	10	
7. Alimentação		
Incapaz	0	
Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	5	
Independente (a comida é providenciada)	10	
8. Escadas		
Incapaz	0	
Necessita de ajuda ou supervisão (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha)	5	
Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	10	



PC01 – Gestão do Acolhimento

CÓDIGO: PC01.IMP001

FICHA DE INSCRIÇÃO e
AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

Verificado por: PD

Página 8 de 8

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	AVALIAÇÃO
9. Mobilidade (deambulação)		
Imobilizado	0	
Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.	5	
Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	10	
Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	15	
10. Transferências (cadeira /cama)		
Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se	0	
Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se	5	
Pequena ajuda (verbal ou física)	10	
Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	15	
Total da Avaliação		
Níveis de dependência	Escala de Avaliação	Avaliação
Dependência total	0 a 20	
Dependência grave	21 a 60	
Dependência moderada	61 a 90	
Dependência muito Leve	91 a 99	
Independência	100	

7. Parecer Técnico

--	--

A Assistente Social:

Data:

8. Análise do Parecer Técnico (a remeter para a Direção da Casa do Povo de Leomil)

--	--

A Diretora Técnica:

Data: