



SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA
BOLIQUEIME

Rua Pe. Sebastião Amândio Viegas Costas, s/n, Apertado 2044, 8100-070 Boliqueime

Email: iscmboliqueime@sapo.pt

Telefone: 289366846

FICHA DE INSCRIÇÃO

Dados Pessoais

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Resposta Social: ERPI Centro de Dia

Situação Pessoal do Utente:

Autónomo Dependente Cadeira de Rodas Andarilho Demência Lúcido

Diabético(a) Incontinência Parcial Incontinência Total

Sexo: Masculino Feminino

Nº ID Civil: _____

Validade: _____

NISS: _____

NIF: _____

Nº Utente de Saúde: _____

Nacionalidade: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Familiares na Instituição: Sim Não

Estado Civil: _____

Informação Adicional

Médico de Família: _____

Enfermeiro de Família: _____

Centro de Saúde: _____

Principais Problemas de Saúde: _____

Morada

Morada: _____

Código Postal: _____

Distrito: _____

Concelho: _____

Freguesia: _____

Localidade: _____

Contacto do Utente

Telefone:/Telemóvel: _____

Email: _____

Contactos do Responsável pelo Utente

Nome: _____

Telefone/Telemóvel: _____

Relação: _____

Email: _____

Nº ID Civil: _____

NIF: _____

Observações: _____

Motivo da Inscrição

Data: ___/___/_____ Assinatura Utente/Familiar: _____