

## Identificação da/o utente

Entidade	<input type="text"/>	Processo nº	<input type="text"/>
Tipo de resposta	<input type="text"/>	Data abertura do processo	<input type="text"/> <sup>d</sup> <input type="text"/> <sup>d</sup> - <input type="text"/> <sup>m</sup> <input type="text"/> <sup>m</sup> - <input type="text"/> <sup>a</sup> <input type="text"/> <sup>a</sup>
Contacto telefónico	<input type="text"/>		
Técnico/a	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA/O UTENTE

Nome	<input type="text"/>		
Data nascimento	<input type="text"/> <sup>d</sup> <input type="text"/> <sup>d</sup> - <input type="text"/> <sup>m</sup> <input type="text"/> <sup>m</sup> - <input type="text"/> <sup>a</sup> <input type="text"/> <sup>a</sup>	Idade	<input type="text"/> <input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Distrito	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>
Naturalidade	<input type="text"/>	Nacionalidade(s)	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Se outro, qual?	<input type="text"/>
Doc. Identificação	<input type="text"/>	Número	<input type="text"/>
Nº SN Saúde	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>		
NISS	<input type="text"/>	Sexo	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="text"/>

2. NÍVEL DE ENSINO

3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Se desempregado/a, há quanto tempo?

Profissão

Principal meio de subsistência  (pode complementar a opção escolhida)

Prestação de apoio social? Sim  Não

Se sim, quais?  (pode complementar a opção escolhida)

Valor médio de rendimento mensal

### 4. AGREGADO FAMILIAR

4.1. Tipo de família

## Identificação da/o utente

### 4.2. Agregado familiar

Elemento	Nome	D.N. e Idade	Parentesco	Profissão/Ocupação	Estabelecimento Ensino/Ano
1 (utente)					
2					
3					
4					
5					
6					

Tem animais domésticos/estimação ?

Sim  Não

Se sim, existe risco de abandono e/ou violência?

Sim  Não

Se sim, qual a entidade a sinalizar?

### 4.3 Situação habitacional

### 4.4. Situação atual das crianças e jovens

a) Crianças e jovens com processo CPCJ?

Sim  Não  Arquivado

Se sim, qual a CPCJ?

Contacto

b) Crianças e Jovens com processo em Tribunal de Família e Menores?

Sim  Não

	Em curso	Arquivado	Nº de processo	Tribunal	Técnico/a de referência
Processos de Promoção e Proteção					
Processos de Regulação das Responsabilidades Parentais					
Outros. Quais?					

c) Acolhimento em Centro de Acolhimento Temporário

Sim  Não

Se sim, qual?

Início em:

<sup>d</sup>  <sup>d</sup> -  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> -  <sup>a</sup>  <sup>a</sup>

Fim em:

<sup>d</sup>  <sup>d</sup> -  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> -  <sup>a</sup>  <sup>a</sup>

d) Institucionalização em Lar Infância e Juventude

Sim  Não

Se sim, qual?

Início em:

<sup>d</sup>  <sup>d</sup> -  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> -  <sup>a</sup>  <sup>a</sup>

Fim em:

<sup>d</sup>  <sup>d</sup> -  <sup>m</sup>  <sup>m</sup> -  <sup>a</sup>  <sup>a</sup>

Informação adicional relativamente às alíneas anteriores

## Identificação da/o utente

### 5. SITUAÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde

Centro de Saúde

#### 5.1 Detalhe relativamente ao estado de saúde do agregado familiar

Elemento	Doenças/ Incapacidade	Especifique medicação ministrada	Adições	Se grávida, indique tempo de gestação	Outros detalhes relevantes
1 (utente)					
2					
3					
4					
5					
6					

#### 5.2 Descrição geral do estado de saúde

### 6. REDE SOCIAL DE SUPORTE

Sim  Não

Das opções seguintes, seleccione as que se aplicam

Família  Amigos/as  Vizinhos/as  Institucional

Outra?  Qual?  Contacto

### 7. CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO

Iniciativa do pedido de Intervenção

Data   <sup>d</sup>  <sup>d</sup> -   <sup>m</sup>  <sup>m</sup> -   <sup>a</sup>  <sup>a</sup>

Pedido expresso pelo/a utente

Informação adicional sobre o pedido expresso

### 8. INTERVENÇÕES DE OUTROS SERVIÇOS

Serviços intervenientes

Identificação	Nome do/a Profissional	Contacto	Tipos de apoio prestado	Data da intervenção

## Identificação da/o utente

**Anterior acolhimento em Casa Abrigo?**

Sim

Nº vezes

Não

Entidade(s)	Contacto(s)	Data(s)

**Anterior acolhimento em Resposta de Emergência?**

Sim

Nº vezes

Não

Entidade(s)	Contacto(s)	Data(s)

### 9. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**Possui documentos de identificação?**

Sim

Não

Quais?

**Tem consigo os documentos de identificação?**

Sim

Não

Quais?

**Tem consigo os/as seus/suas filhos/as?**

Sim

Não

**Tem consigo os documentos de identificação dos seus/suas filhos/as?**

Sim

Não

Quais?

**Se não tem os documentos, porquê?**

**Tem autonomia financeira?**

Sim

Não

**Identifica as áreas/concelhos de risco?**

Sim

Não

Quais?

**Observações gerais**