



Falta de Comparência Admitido Não Admitido Em espera
Em _____

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

(obrigatório o preenchimento de todos os campos)

I – IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO REFERENCIADORA

Associação/Instituição: _____

Técnico responsável (função): _____ (_____)

Telefone: _____ E-mail: _____

Data do Encaminhamento: _____

II – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Natural de: _____ Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ Telefone/Telemóvel: _____

Documentos de identificação:

B.I./Cartão de cidadão N° _____ Validade: _____

Título de residência N° _____ Validade: _____

Passaporte/Visto N° _____ Validade: _____

Outro Qual? _____ N° _____ Validade: _____

NIF: _____ NISS: _____

III – Situação Profissional

Habilitações Literárias: _____

Empregado(a)

Desempregado(a) – Há quanto tempo? _____

Jovem à procura do 1º emprego

Experiências Profissionais Anteriores

IV – SITUAÇÃO SÓCIOECONOMICA

- Sem Rendimentos
- Rendimentos provenientes do trabalho – Importância (€): _____
- Prestações Sociais – Qual(ais)? _____ Importância (€): _____

V – HABITAÇÃO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa própria | <input type="checkbox"/> Quarto alugado |
| <input type="checkbox"/> Habitação Social | <input type="checkbox"/> Rua |
| <input type="checkbox"/> Quarto de pensão | <input type="checkbox"/> Centro de acolhimento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa alugada | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Casa de familiares | |

VI – AGREGADO FAMILIAR (nº total de elementos = _____)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> O(a) próprio(a) | <input type="checkbox"/> Familiares: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cônjuge / companheiro(a) | <input type="checkbox"/> Amigos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Filhos/as (nº _____) | |

VII – SAÚDE

- | | |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Doenças infecto-contagiosas: _____ | Tratamento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença física: _____ | Tratamento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença mental: _____ | Tratamento: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dependências: _____ | Tratamento: _____ |

Serviços onde é seguido:

- Inexistente
- Centro Saúde: _____ Médico de família: _____
- Hospital: _____ Médico: _____
- Outros: _____

VIII – ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL (Instituições que acompanham o Indivíduo):

Instituição: _____ Responsável: _____
Instituição: _____ Responsável: _____
Instituição: _____ Responsável: _____

O utente já foi acompanhado anteriormente pela Associação CAIS?

- Sim Em que ano? _____
- Não

IX – ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIATRICO

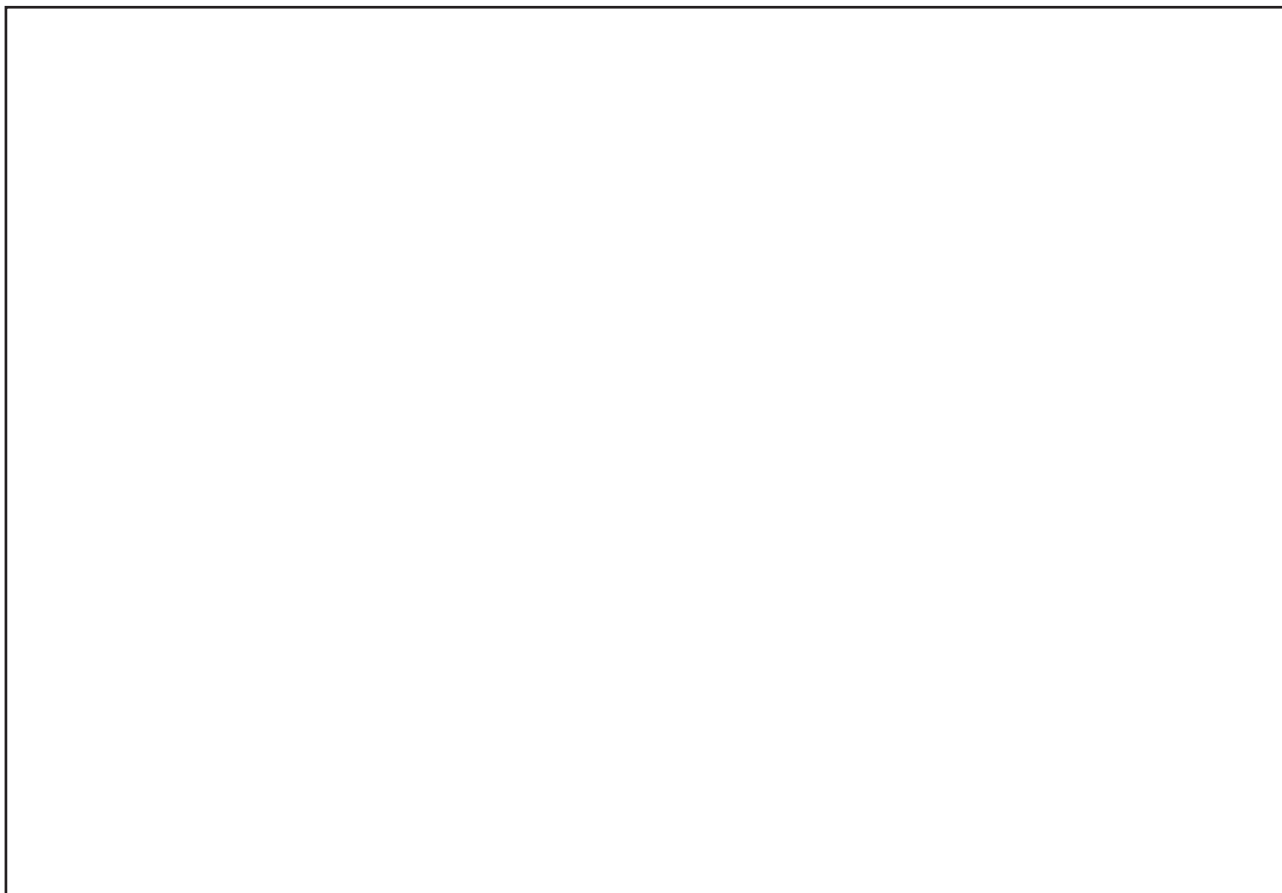
Já foi acompanhado por algum serviço de:

- Psicologia _____ Nunca teve acompanhamento
- Psiquiatria _____ Nunca teve acompanhamento

Motivo: _____

X – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

XI – Fundamentação do Pedido



Centro CAIS Lisboa

Rua do Vale Formoso de Cima, nº 49-55, 1950-265 Lisboa
Email para encaminhamentos: daniela.ferreira@cais.pt
joana.sande@cais.pt

Tlf.: 21 836 9000