



## Registo de Entrevista – Projetos Sociais

### DADOS INTERNOS

Data da Entrevista  /  /

Barcelos a Sorrir Prótese Dentária  Tratamento Adultos/as  Tratamento Crianças  Nº. do Processo

Promoção Imagem Corte  Coloração  Brushing  Manicure  Barba  Nº. do Processo

Promoção Saúde Ocular e Auditiva (crianças até aos 12 anos)  Nº. do Processo

Novo Pedido  Encaminhamento

Reavaliado  Reaberto  Outro

### IDENTIFICAÇÃO DO/A REQUERENTE

Nome do/a Requerente

Estado Civil  Data de Nascimento  /  /  Idade  Escolaridade

Empregado/a  Reformado/a  Desempregado/a  Longa Duração  Curta Duração

Contactos  /

### COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Companheiro/a / Conjuge  Nome:

Data de Nascimento  /  /  Idade  Escolaridade

Empregado/a  Desempregado/a  Reformado/a

Local  Incapacidade > 60%

Número de Filhos/as:

Nome:  Data de Nascimento  /  /  Idade

Escolaridade  Estudante  Empregado/a  Desempregado/a  Reformado/a

Local  Incapacidade > 60%

Nome:  Data de Nascimento  /  /  Idade

Escolaridade  Estudante  Empregado/a  Desempregado/a  Reformado/a

Local  Incapacidade > 60%

Nome:  Data de Nascimento  /  /  Idade



Escolaridade	<input type="text"/>	Estudante	<input type="checkbox"/>	Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>	
Local	<input type="text"/>							Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>	
Nome:	<input type="text"/>		Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>
Escolaridade	<input type="text"/>	Estudante	<input type="checkbox"/>	Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>	
Local	<input type="text"/>							Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>	
Outro/a:	<input type="text"/>		Nome:	<input type="text"/>						
Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>	Escolaridade	<input type="text"/>	
Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>					
Local	<input type="text"/>							Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>	
Outro/a:	<input type="text"/>		Nome:	<input type="text"/>						
Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Idade	<input type="text"/>	Escolaridade	<input type="text"/>	
Empregado/a	<input type="checkbox"/>	Desempregado/a	<input type="checkbox"/>	Reformado/a	<input type="checkbox"/>					
Local	<input type="text"/>							Incapacidade > 60%	<input type="checkbox"/>	

### SITUAÇÃO FACE À SAÚDE DO AGREGADO FAMILIAR

Descrição da Doença

Data do Atestado Médico  /  /

Data da Declaração da Farmácia  /  /

### SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO FAMILIAR

Vencimento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	RSI	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Subsídio de Desemprego	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Formação	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Invalidez	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bolsa de Ensino Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Velhice	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Prestação por Deficiência e/ou Dependência	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Sobrevivência	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Propina Ensino Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pensão de Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Outros Rendimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



**Gasto Médio Mensal:**

Água  Electricidade  Gás

Telemóvel  Jardim de Infância e/ou Prolongamento

Apoio Domiciliário e/ou encargos com a colocação de pessoas do agregado familiar em equipamentos de apoio à família

**APOIOS SOCIAIS**

Produtos de Apoio   Cantina Social

Banco de Alimentos   Apoio ao Arrendamento

Banco de Roupas, Calçado e Brinquedos   Apoio à Habitação

Banco de Material Escolar   Outro

Rendimento Social de Inserção  Complemento Solidário do Idoso  Porta 65

**BARCELOS A SORRIR**

Quando foi a última vez que foi ao dentista?

Já utilizou/utiliza prótese?

Já usufruiu de algum cheque dentista?

Motivos do pedido de apoio

**PROMOÇÃO IMAGEM**

Já usufruiu deste apoio? Sim  Há quanto tempo?  Não

Motivos do pedido de apoio



### PROMOÇÃO SAÚDE OCULAR E AUDITIVA

Já utiliza óculos? Sim  Não

Já realizou alguma consulta de oftalmologia? Sim  Não

Já realizou alguma consulta de otorrinolaringologia? Sim  Não

Como detetou que a criança sente dificuldades?

Motivos do pedido de apoio

### OBSERVAÇÕES

Requerente

Técnico/a Superior

Data

/  /