



**FICHA DE INSCRIÇÃO**

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:

**Nº Inscrição:**

**Data de receção:**

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome:	
Data nascimento:	
Morada:	
Código-postal:	
Concelho:	
Contactos (tlf):	
E-mail:	
Nº identificação civil:	
Nº utente (SNS):	
NIF:	
NISS:	

**2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROGENITORES E RESPONSÁVEIS LEGAIS**

Nome do pai:	
Data nascimento:	
Ocupação:	
Morada:	
Código-postal:	
Concelho:	
Contactos (tlf):	
E-mail:	

Nome da mãe:	
Data nascimento:	
Ocupação:	
Morada:	
Código-postal:	
Concelho:	
Contactos (tlf):	
E-mail:	



Apoio em Regime  
Ambulatorio

## ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VIANA DO CASTELO

Mod.02.PC-ARA  
Revisão: 0  
Pág. 2 / 3

### FICHA DE INSCRIÇÃO

O(a) candidato(a) é responsável pelos seus próprios atos e tomada de decisões?  Sim  Não

Se respondeu negativo, quem são os responsáveis legais do(a) candidato(a)?

Os pais  O pai  A mãe  Outro(s): \_\_\_\_\_

A PREENCHER NO CASO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS NÃO SER NENHUM DOS PROGENITORES – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome:	
Data Nascimento:	
Ocupação:	
Parentesco / Relação:	
Morada:	
Código-Postal:	
Concelho:	
Contactos (Tlf):	
E-Mail:	

### 3. ENCAMINHAMENTO E INSCRIÇÃO

Nome da pessoa / Entidade / Instituição que encaminhou:

Ligação com o(a) candidato(a):

Contactos (tlf):

E-mail:

Motivo(s) da Inscrição:

Observações:

### 4. INTERESSE NOS SERVIÇOS PRESTADOS

ASSINALAR OS SERVIÇOS QUE TEM INTERESSE EM BENEFICIAR:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | CONSULTAS MÉDICAS                                      |
| <input type="checkbox"/> | ATENDIMENTOS TERAPÉUTICOS                              |
| <input type="checkbox"/> | AVALIAÇÃO/PRESCRIÇÃO DE PRODUTOS DE APOIO              |
| <input type="checkbox"/> | APOIO / ORIENTAÇÃO PELO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL |



Apoio em Regime  
Ambulatorio

## ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE VIANA DO CASTELO

Mod.02.PC-ARA  
Revisão: 0  
Pág. 3 / 3

### FICHA DE INSCRIÇÃO

#### 5. DOCUMENTO OBRIGATÓRIO NO ATO DA INSCRIÇÃO

O(a) candidato(a) deve entregar **Relatório / Informações Médicas de Diagnóstico**, seja qual for a modalidade de inscrição.

#### VALIDADE E TERMO DE ACEITAÇÃO DA INSCRIÇÃO

A Ficha de Inscrição será válida até ocorrer alguma alteração significativa relacionada com a identificação ou caracterização do(a) candidato(a) ou significativos. Declaro, para os devidos efeitos, que tomei conhecimento e me comprometo a informar a Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo, sempre que ocorram essas alterações.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a) / Responsável / Representante Legal ou outro significativo

\_\_\_\_\_



Nome do(a) candidato(a) \_\_\_\_\_

Declaro-se, para os devidos efeitos, que o(a) candidato(a) acima referenciado(a) procedeu à sua inscrição com o nº \_\_\_\_\_ na Resposta Social Apoio em Regime Ambulatório da Associação de Paralisia Cerebral de Viana do Castelo.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável pela receção da Ficha de Inscrição

\_\_\_\_\_

Contribuinte N. 516121332 | Rua 25 de Abril, N.º 9 | 4925 – 010 Santa Marta de Portuzelo | VIANA DO CASTELO  
258839050 chamada para rede fixa nacional/ 961417882 chamada para rede móvel nacional E-mail: [geral@apcvc.pt](mailto:geral@apcvc.pt)