|  |  |
| --- | --- |
| **G:\cercizimbra novo logo.png** | **FICHA DE INSCRIÇÃO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Resposta Social: | CACI |  | RUR |  |

Data de Inscrição: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nº de Entrada: \_\_\_\_\_\_\_

Dados a preencher pelo/com Cliente e Significativos

|  |
| --- |
| 1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE** |

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nome pelo qual deve ser tratado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_ anos Género:

BI/Cartão Cidadão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de validade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Atestado de Incapacidade multiusos \_\_\_%

SNS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Outro subsistema de saúde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone Casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **FORMULAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO** |

|  |
| --- |
| 1. **FILIAÇÃO** |

**Nome de Pai:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome de Mãe**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Habilitações Literárias:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMA(S) DO CLIENTE** |

(Tutor/Encarregado de Educação/ Significativo)

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data Nasc.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Parentesco/ Relação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data Nasc.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Parentesco/ Relação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Morada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Localidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Idade** | **Parentesco** | **Escolaridade** | **Profissão** | **Vive com o cliente** | | **Meio de vida principal (1)** |
| Cliente |  |  |  |  | **Sim** | **Não** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(1)-Reforma, pensão social, subsídio mensal vitalício, ordenado, outro.

|  |
| --- |
| 1. **BREVE DESCRIÇÃO DO ENQUADRAMENTO FAMILIAR E/OU DE SUPORTE** |

Mencionar a família de origem, no caso de não corresponder ao atual agregado familiar.

|  |
| --- |
| 1. **CONTEXTO HABITACIONAL** |

**Há quantos anos vive no atual local de residência?**

**Tem casa própria?**  **Sim** **Não**

**Tem um quarto só para si?** **Sim** **Não**

|  |
| --- |
| **Tipo de habitação**  (No caso de não se encontrar em Estrutura Residencial) |
| - Casa - Apartamento  - Quarto - Outra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Condições Habitacionais:** | | |
| Água Canalizada  Luz  Rede de Esgotos  Gás  Aquecimento | Fogão  Frigorífico  Esquentador  Máq. Lavar roupa  Máq. Lavar loiça | Micro-ondas  Rádio  TV  Vídeo/DVD  Telefone/telemóvel |

|  |
| --- |
| 1. **SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DO CLIENTE E/OU AGREGADO FAMILIAR** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rendimentos Mensais:** | | **Despesas Mensais:** | | |
| **Rendimento do trabalho** | **. . €** | **Renda/Prestação da casa** | | **. . €** |
| **Reforma** | **. . €** | **Transportes públicos** | | **. . €** |
| **Pensão social** | **. . €** | **Medicação** | | **. . €** |
| **Subsídio mensal vitalício** | **. . €** | **Alimentação** | | **. . €** |
| **Complemento por dependência** | **. . €** | **Outros** | | **. . €** |
| **Prestações por encargos familiares** | **. . €** | **Total** | | **. . €** |
| **Outros** | **. . €** |  |  | |
| **Total** | **. . €** |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **REDE SOCIAL DE SUPORTE** |

**O Cliente e/ou agregado familiar tem usufruído dos serviços de /ou esteve integrado em:**

|  |
| --- |
| **Cliente Agregado familiar Quem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Identifique qual o estabelecimento?  **Apoio Domiciliário**  **Estrutura Residencial**  **Emprego Protegido**  **Formação Profissional**  Especifique qual, assim como o estabelecimento:  **Outro serviço** |

Tem alguém da sua relação próxima a frequentar a Organização?

Sim

Quem? Em que Resposta Social?

Não

O Cliente foi encaminhado por outra Organização?

Qual?

Sim

Não

O Cliente frequenta outra Organização/Estabelecimento de Ensino?

Qual?

Sim

Não

O Cliente necessita de algum apoio especial?

Qual?

Sim

Não

|  |
| --- |
| 1. **SAÚDE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Grupo sanguíneo |  |  | Médico de Família |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro de Saúde |  |  | Contacto |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médicos Especialistas | Especialidade | Local | Contacto |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Doenças que teve até à data:** | | | | | | |
| Sarampo | | | Varicela | | Papeira | |
| Outras | | Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | |  | | | | |
| **Problemas de Saúde** | | | | | | |
| Respiratórios | Intestinais | | | Alergias | | Especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Urinários | Doenças infecto-contagiosas | | | Outros | |  |
| Reumáticos | Doenças cancerígenas | | | Quais? | | |
| Cardíacos | Sistema nervoso | | |
| Hipertensão | Depressivos | | |
| HIV/Sida | Auditivos | | |
| Diabetes | Visão | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidados de Medicina Física e Reabilitação** |  |
| Terapia da Fala | Obs: |
| Terapia Ocupacional |
| Fisioterapia |
| Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Necessidades Alimentares Especiais?** |  |
| Sim | Especificar e remeter para relatório médico: |
| Não |

|  |  |
| --- | --- |
| **Alergias a alimentos?** |  |
| Sim | Especificar e remeter para relatório médico: |
| Não |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicação e indicação terapêutica** | | | | | | |
| Nome do medicamento/fármaco | Jejum | P.almoço | Almoço | Lanche | Jantar | Deitar |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Medicação SOS | Descrição da situação SOS | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **CARACTERIZAÇÃO DA(S) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S)** |

O Cliente possui relatório de avaliação e Certificação da Situação da Deficiência? (multiusos)

%

Não Sim Qual a %

Assinale com um X e especifique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de deficiência(s) e Incapacidade(s)** | **S** | **N** | **Especifique-as** |
| Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) e/ou nas estruturas do corpo (anatómicas)?  (p.e., funções mentais; estruturas relacionadas com o movimento) |  |  |  |
| Verificam-se limitações da atividade ou restrições da participação? (p.e., realizar auto cuidados; participar em associações formais) |  |  |  |
| Utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio? |  |  |  |
| **Causa(s) da(s) deficiência(s) e Incapacidade(s)** | | | |
| Congénita(s) |  |  |  |
| Adquirida(s) |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **PERCURSO ESCOLAR** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Competências Adquiridas** | |
| Leitura | Descrição: |
| Escrita | Descrição: |
| Cálculo | Descrição: |

|  |
| --- |
| **Breve descrição do percurso escolar** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA ÁREA FUNCIONAL DO CLIENTE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **O cliente necessita de apoio para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?**  (assinale com uma X) | | | |
| Sim Não | | | |
| ( se Sim assinale com uma X) | Executa sem dificuldades | Executa com dificuldades | Executa com muitas dificuldades/não executa |
| Cuidados de higiene |  |  |  |
| Vestir/despir |  |  |  |
| Ir ao WC |  |  |  |
| Continência |  |  |  |
| Controlo dos esfíncteres |  |  |  |
| Alimentação |  |  |  |
| Mobilidade |  |  |  |
| Toma de medicamentos |  |  |  |
| Expressa de necessidades básicas |  |  |  |
| Compreensão de instruções básicas |  |  |  |
| Deslocação em percursos conhecidos |  |  |  |
| Deslocação em percursos desconhecidos |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **SISTEMATIZAÇÃO DA(s) DEFICIÊNCIA(S) E INCAPACIDADE(S) E RESPETIVO PERCURSO EVOLUTIVO** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **ASSINATURAS** |

Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Significativos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Organização \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

**A PREENCHER PELA ORGANIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| 1. **ADMISSIBILIDADE** |

**- A resposta social ajusta-se às necessidades e expectativas do cliente?** Sim Não

Porquê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Segundo os Critérios de admissibilidade inscritos no RI da RS o cliente é admissível?**

Sim Passa a integrar a Lista de candidatos afixada nos serviços administrativos a \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

Não Porquê?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Envio Carta de não admissibilidade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Encaminhamento para outra organização ou prestação de informação adicional (quando aplicável):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- **Observações – Assinale outras informações relevantes sobre o cliente:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **ASSINATURA DA ORGANIZAÇÃO** |

Diretor Técnico da Resposta Social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_