Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio na Região Autónoma dos Açores

Ficha de prescrição de produtos de apoio

Número de Processo:	
Data de Prescrição:	/ /

1. Identificação da Entidade Financiadora

Departamento			
Vice Presidência ☐	Secretaria Regional da Solidariedade Social ☐	Secretaria Regional da Saúde ☐	Secretaria Regional da Educação e Cultura ☐

Código da Entidade: Designação da Entidade:

Morada da Entidade:

Código Postal:

2. Identificação da Entidade Prescritora

Hospital ☐	Unidade de Saúde de Ilha ☐	Centro Prescritor da Educação ☐
	Agência de Emprego e Qualificação Profissional ☐	Centro Prescritor da Segurança Social ☐

Código da Entidade: Designação da Entidade:

Morada da Entidade:

Código Postal:

3. Identificação do Beneficiário

NISS: Nº Utente do SRS: Nº Utente da DREQP:

Nome do Beneficiário: Género: M ☐ F ☐

Morada:

Ilha: Concelho: Freguesia:

Código Postal:

Tipo de Doc. de Identificação: Nº do Documento: NIF:

Atestado de Incapacidade Multiusos: Grau de Incapacidade:

Data de Nascimento: / / Nacionalidade:

Telefone: Telemóvel: E-mail:

4. Morada Alternativa (Se diferente de 3.)

Residência:

Código Postal:

Ilha: Concelho: Freguesia:

5. Dados do Responsável pelo Beneficiário (Obrigatório se o benificiário for menor de idade ou interdito)

NISS: Nome:

Tipo de Relação com o Beneficiário: Data de Nascimento: / /

Telefone: Telemóvel: E-mail:

6. Dados Escolares (A preencher pelas entidades financiadas pela Educação)

Código da Escola: Designação da Escola:

Unidade Orgânica do Sistema Educativo:

Nível de Ensino: Ano de Escolaridade:

7. Dados Relativos ao Emprego

7.1 Situação do Beneficiário Relativa ao Emprego (A preencher no caso de prescrições efetuadas por organismos do Emprego)

Procura de 1º Emprego ☐ Empregado ☐ Desempregado ☐ Trabalho a Tempo Parcial ☐

7.2 Finalidade do(s) Produto(s) de Apoio

Acesso a Formação ☐ Frequência de Formação ☐ Acesso ao Emprego ☐

Progressão no Emprego ☐ Medida Ativa de Emprego ☐ Manutenção de Emprego ☐

7.3 Caracterização da Atividade a Desenvolver

8. Dados da Avaliação do Beneficiário

(Utilização da CIF—Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)

Identificação das alterações relativas às componentes "Funções do Corpo e estruturas do Corpo", especificando o código alfanumérico (letra +3 dígitos) e qualificador correspondente às alterações)

8.1 Funções do Corpo

Funções do Corpo (1º Nível)	Funções do Corpo (2º Nível)	Qualificador

8.2 Estrutura do Corpo

Estrutura do Corpo (1º Nível)	Estrutura do Corpo (2º Nível)	Extensão da Deficiência	Natureza da Mudança	Localização

8.3 Limitações da Atividade e Restrições na Participação

Limitações na Atividade (1º Nível)	Limitações na Atividade (2º Nível)	Extensão à Restrição (Sem Produtos Apoio)	Capacidade de Extensão (Sem Produtos Apoio)	Extensão à Restrição (Com Produtos Apoio)	Capacidade de Extensão (Com Produtos Apoio)

8.4 Fatores Ambientais

Fatores Ambientais (1º Nível)	Fatores Ambientais (2º Nível)	Qualificador de Barreira	Qualificador de Facilitador

9. Prescrição

9.1 Produtos Prescritos

Classificação do Produto (Código ISO) /Designação	Quantidade	Lateralidade	Utilização temporária ou definitiva	Dias de Utilização (consumíveis)	Valor comparticipado	Valor a Pagar
Descrição das Especificações do Produto					Entregue em:	/ /

9.2 Justificação (Identificação das Dificuldades/Problemas Resolvidos/Atenuados com os Produtos de Apoio prescritos)

9.3 Justificação para nova prescrição de produtos já atribuídos

(Indicação da justificação para nova prescrição de Produtos de Apoio prescritos anteriormente)

9.4 Identificação do Prescritor

9.4.1 Médico

Nome:

Assinatura: _____

Vinheta

9.4.2 Equipa Prescritora

Nome — Membros da Equipa	Profissão	Nº de Identificação	Assinatura

Data de Validação: / /

Assinatura do Beneficiário ou do Responsável: _____