



## 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 <input type="checkbox"/>	Secretaria Regional da Solidariedade Social <input type="checkbox"/>	Secretaria Regional da Saúde <input type="checkbox"/>	Secretaria Regional da Educação e Cultura <input type="checkbox"/>
Código da Entidade:	Designação da Entidade:		
Morada da Entidade:			
Código Postal:			

#### 2. Identificação da Entidade Prescritora

Hospital <input type="checkbox"/>	Unidade de Saúde de Ilha <input type="checkbox"/>	Centro Prescritor da Educação <input type="checkbox"/>
Agência de Emprego e Qualificação Profissional <input type="checkbox"/>	Centro Prescritor da Segurança Social <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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:



## 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	Laterali- dade	Utilização temporária ou definitiva	Dias de Utili- zação (consumíveis)	Valor compar- ticipado	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)

--

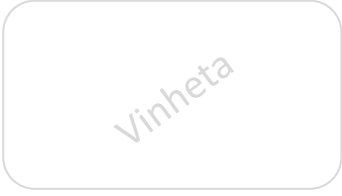
### 9.3 Justificação para nova prescrição de produtos já atribuídos

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

--

#### 9.4 Identificação do Prescritor

##### 9.4.1 Médico

Nome:	
Assinatura: _____	

##### 9.4.2 Equipa Prescritora

Nome — Membros da Equipa	Profissão	Nº de Identificação	Assinatura

Data de Validação:    /    /

Assinatura do Beneficiário ou do Responsável: \_\_\_\_\_