

## Anexo I

### Ficha de Prescrição Produtos de Apoio

N.º Processo

Data de Prescrição

#### 1. Identificação da Entidade Financiadora

|                     |                          |                                  |                          |                |                          |               |                          |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Ministério da Saúde | <input type="checkbox"/> | Ministério da Educação e Ciência | <input type="checkbox"/> | MSESS IEFP, IP | <input type="checkbox"/> | MSESS ISS, IP | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|

Código da Entidade Financiadora:

Designação:

Morada:

Código Postal:

#### 2. Entidade Prescritora do Produto de Apoio

|                    |                          |                 |                          |                                |                          |
|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Unidade Hospitalar | <input type="checkbox"/> | Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> | Centro Min. Educação e Ciência | <input type="checkbox"/> |
| Centro IEFP, IP    | <input type="checkbox"/> |                 |                          | Centro ISS, IP                 | <input type="checkbox"/> |

Código da Entidade Prescritora:

Designação:

Morada:

Código Postal:

#### 3. Referenciação para Produto Apoio

##### 3.1 Identificação do Beneficiário.

###### 3.1.1) Dados de Identificação

NISS:  N.º Utente Saúde:  ID. IEFP

Tipo Documento :  Doc.ID :  NIF:

Atestado Multiuso (S/N)  Grau Incapacidade  %

Nome

Data de Nascimento:  Sexo:  Nacionalidade:

Morada:

Código Postal :

###### 3.1.2) Morada de referência

Morada onde habita Atualmente:

Código Postal :  Distrito / Concelho/ Freguesia (ISS/ IEFP):

Telefone:  Telemóvel:

Correio Eletrónico:

### 3.2 Dados do Responsável pelo Beneficiário (\*)

|                     |                      |            |                      |                  |                      |
|---------------------|----------------------|------------|----------------------|------------------|----------------------|
| NISS:               | <input type="text"/> | Nome :     | <input type="text"/> |                  |                      |
| Tipo Documento :    | <input type="text"/> | Doc.ID :   | <input type="text"/> | Data Nascimento: | <input type="text"/> |
| Tipo Relação        | <input type="text"/> |            |                      |                  |                      |
| Telefone:           | <input type="text"/> | Telemóvel: | <input type="text"/> | Fax:             | <input type="text"/> |
| Correio Eletrónico: | <input type="text"/> |            |                      |                  |                      |

(\*) – Obrigatório se o beneficiário for menor de Idade ou interdito

### 3.3 Dados Escolares.

(a preencher no caso de recomendações dos organismos do Ministério da Educação e Ciência)

|   |                      |                        |                      |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| Código  | <input type="text"/> | Escola                 | <input type="text"/> |
| Código  | <input type="text"/> | Agrupamento de Escolas | <input type="text"/> |
| Nível de Ensino (ª)   | <input type="text"/> | Ano de Escolaridade    | <input type="text"/> |
| Docente responsável pela recomendação dos Produtos de Apoio | <input type="text"/> |                        |                      |

### 3.4 Dados IEFP, IP.

(a preencher no caso de prescrições dos organismos do IEFP, IP)

|   |                          |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
|---|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--|
| N.º Processo IEFP   | <input type="text"/>     |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <b>3.4.1</b> Situação face ao emprego:  |                          |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <table border="1"><tr><td rowspan="2">Desempregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>À procura de primeiro emprego</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>À procura de novo emprego</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>   | Desempregado             | <input type="checkbox"/>         | À procura de primeiro emprego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | À procura de novo emprego | <input type="checkbox"/> |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| Desempregado  |                          | <input type="checkbox"/>         | À procura de primeiro emprego | <input type="checkbox"/> |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
|   | <input type="checkbox"/> | À procura de novo emprego        | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <table border="1"><tr><td rowspan="3">Empregado</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Por conta própria</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Por conta de outrem</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tempo completo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tempo Parcial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> | Empregado                | <input type="checkbox"/>         | Por conta própria             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por conta de outrem       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tempo completo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tempo Parcial | <input type="checkbox"/> |  |
| Empregado   |                          | <input type="checkbox"/>         | Por conta própria             | <input type="checkbox"/> |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
|   |                          | <input type="checkbox"/>         | Por conta de outrem           | <input type="checkbox"/> |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
|   | <input type="checkbox"/> | Tempo completo                   | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <input type="checkbox"/>  | Tempo Parcial            | <input type="checkbox"/>         |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <b>3.4.2</b> Para qual das finalidades é imprescindível o produto de apoio:   |                          |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| Acesso a formação   | <input type="checkbox"/> | Frequência da formação           | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| Acesso ao emprego   | <input type="checkbox"/> | Manutenção do emprego            | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| Progressão no emprego   | <input type="checkbox"/> | Acesso a medida ativa de emprego | <input type="checkbox"/>      |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <b>3.4.3</b> Caracterização da Atividade a Desenvolver:   |                          |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |
| <input type="text"/>  |                          |                                  |                               |                          |                          |                           |                          |                          |                |                          |                          |               |                          |  |

### 3.5 Tipo de Deficiência (Alteração das funções ou estruturas)

| Funções   |  | Estruturas  |  |
|---|--|---|--|
| Mentais   |  | Estruturas do sistema nervoso   |  |
| Visão e funções relacionadas  |  | Estrutura da cavidade ocular, do globo ocular ou anexas ao Olho                           |  |
| Auditivas e vestibulares  |  | Estrutura do Ouvido externo, médio ou interno   |  |
| Outras sensoriais e da dor  |  | Outras estruturas do olho ou ouvido   |  |
| Voz e da fala   |  | Estruturas relacionadas com a voz e a fala  |  |
| Aparelho cardiovascular, respiratório e sistemas hematológico e imunológico |  | Estruturas do aparelho cardiovascular, do sistema imunológico e do aparelho respiratório  |  |
| Aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino                    |  | Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e com os sistemas metabólico e endócrino |  |
| Geniturinárias e reprodutivas   |  | Estruturas relacionadas com os aparelhos genitourinário e reprodutivo                     |  |
| Neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento                     |  | Estruturas relacionadas com o movimento   |  |
| Pele e estruturas relacionadas  |  | Pele e estruturas relacionadas  |  |

## 4. Prescrição

### 4.1 Produtos Prescritos

|   |            |                      |  |
|---|------------|----------------------|--|
| Classificação produto (ISO)             | Quantidade | Valor Comparticipado | Valor a Pagar                          |
| 1.                                      |            |                      |  |
| Descrição das Especificações do Produto |            |                      | Entregue em:<br>___/___/___            |
|   |            |                      | Recibo comprovativo de:<br>___/___/___ |
| Classificação produto (ISO)             | Quantidade | Valor Comparticipado | Valor a Pagar                          |
| 2.                                      |            |                      |  |
| Descrição das Especificações do Produto |            |                      | Entregue em:<br>___/___/___            |
|   |            |                      | Recibo comprovativo de:<br>___/___/___ |
| Classificação produto (ISO)             | Quantidade | Valor Comparticipado | Valor a Pagar                          |
| 3.                                      |            |                      |  |
| Descrição das Especificações do Produto |            |                      | Entregue em:<br>___/___/___            |
|   |            |                      | Recibo comprovativo de:<br>___/___/___ |
| Classificação produto (ISO)             | Quantidade | Valor Comparticipado | Valor a Pagar                          |
| 4.                                      |            |                      |  |
| Descrição das Especificações do Produto |            |                      | Entregue em:<br>___/___/___            |
|   |            |                      | Recibo comprovativo de:<br>___/___/___ |

## 4.2 Justificação

(Identificação das dificuldades/problemas resolvidos/atenuados com os Produtos de Apoio prescritos)

|  |
|--|
|  |
|--|

## 4.3 Justificação para nova atribuição de produtos já atribuídos

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

|  |
|--|
|  |
|--|

## 4.4 Identificação do Prescritor

### 4.4.1 Médico Prescritor

Aposição de Vinheta

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

### 4.4.2 Equipa Centro Especializado\*

| Nome | Profissão/Categoria Profissional | Assinatura |
|------|----------------------------------|------------|
|      |                                  |            |
|      |                                  |            |

\*Preenchimento obrigatório para os produtos de apoio de nível 3 prescritos pelas Equipas dos Centros Especializados do ISS, I.P.; pelas Equipas dos Centros de Recursos do IEFP, I.P.; e respetiva validação da recomendação para os produtos de apoio no âmbito da Educação\*

Carimbo da entidade

Assinatura Beneficiário / Responsável \_\_\_\_\_

