



FICHA CADASTRAL DA RESIDENTE

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Religião: _____

RG: _____ Emissor/UF: _____ CPF: _____

Estado Civil: () Casada () Separada () Viúva - Cônjuge: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

1º Responsável – E-Mail Principal: _____

Nome: _____

End. Res.: _____ CEP: _____

Fone Res.: _____ Com.: _____ Cel.: _____

RG: _____ Emissor/UF: _____ CPF: _____ Data Nasc.: __/__/__

Profissão: _____ Estado Civil: _____

2º Responsável – E-Mail Principal: _____

Nome: _____

End. Res.: _____ CEP: _____

Fone Res.: _____ Com.: _____ Cel.: _____

RG: _____ Emissor/UF: _____ CPF: _____ Data Nasc.: __/__/__

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Dados Adicionais da Residente:

Plano de Saúde/Convênio: _____ Matrícula: _____

Em caso de internação dar preferência ao hospital: _____

Médico Particular/Nome: _____

Fone Res.: _____ Com.: _____ Cel.: _____

Documentos deixados no Residencial Bem Viver: RG: () CPF: () Cartão do Plano de saúde: ()

Certidão de casamento: () OUTROS: _____

MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO/CONTINUO:

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Nome: _____ MG: _____ Hora: _____

Restrições e/ou Alergia a Alimentos: _____

Alergia a medicamentos: _____

DOENÇAS QUE O PACIENTE APRESENTA:

() Pressão Alta/ Hipertensão

() Pressão baixa/Hipotensão

() Diabete Mellitus

() Alzheimer

() Cardíacas

() Depressão

() Outras

Documentos a serem entregues junto com ficha cadastral:

- Cópias de RG, CPF e Comprovante de Endereço/Residência dos responsáveis;

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável: _____