



Santa Casa da Misericórdia de Fafe

R. Combatentes da Grande Guerra, 174
4820-250 FAFE

Ficha de Inscrição – LAR RESIDENCIAL

Dados Sociodemográficos

IMP02.IT01.PC01

página 1 de 3

Data de inscrição: ___ / ___ / ___

Data de admissão: ___ / ___ / ___

N.º de entrada: _____

N.º do processo/cliente: _____

Dados a preencher pelo/com o cliente e significativos

Fotografia do
cliente

1. Dados de identificação do cliente

Nome completo:

Nome pelo qual é tratado:

Data de nascimento: / /

Idade:

Sexo:

Morada:

Código Postal:

Estado Civil:

Naturalidade:

Telefone/Telemóvel:

N.º CC/BI:

N.º Contribuinte:

N.º Id. Segurança Social:

N.º Utente (SNS):

Escolaridade:

Profissão:

2. Dados de identificação do responsável pelo cliente

Nome completo:

Data de nascimento: / /

Parentesco/Relação:

Morada:

Código Postal:

Estado Civil:

Naturalidade:

Telefone/Telemóvel:

N.º CC/BI:

N.º Contribuinte:

N.º Id. Segurança Social:

N.º Utente (SNS):

Escolaridade:

Profissão:

E-mail:



Santa Casa da Misericórdia de Fafe

R. Combatentes da Grande Guerra, 174
4820-250 FAFE

IMP02.IT01.PC01 – Lar Residencial

página 2 de 3

3. Dados de identificação e contactos das pessoas próximas do cliente

Identificação das pessoas que compõem o agregado familiar (por exemplo, pais/irmãos/filhos) ou pessoas de referência para o cliente:

Nome	Idade	Parentesco/Relação	Profissão	Contacto

4. Motivo do Pedido

Resposta solicitada: Temporária Permanente

Motivo da inscrição na instituição:

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento?

Sim Se sim, quem e em que serviço trabalha(m)/frequenta(m)?

Não _____

5. Rede Social de Suporte

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim Não Qual? _____

O cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária?

Sim Não



Santa Casa da Misericórdia de Fafe

R. Combatentes da Grande Guerra, 174
4820-250 FAFE

IMP02.IT01.PC01 – Lar Residencial

página 3 de 3

Identifique o atual suporte assegurado ao candidato:

Diário e permanente Diário pontual Pontual Inexistente

O cliente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

Apoio Domiciliário Lar Residencial Emprego Protegido Formação Profissional

Outro serviço Qual? (Especifique o serviço e o estabelecimento) _____

6. Situação Económica

Rendimento mensal do cliente (se aplicável):

Despesas mensais do cliente (se aplicável):

Rendimento do trabalho:	_____ €	Fraldas:	_____ €
Reforma:	_____ €	Medicamentos:	_____ €
Pensão social:	_____ €	Transportes:	_____ €
Subsídio mensal vitalício:	_____ €	Fisioterapia:	_____ €
Complemento por dependência:	_____ €	Outros:	_____ €
Outros:	_____ €		

Total do rendimento mensal: _____ € Total das despesas mensais: _____ €

7. Cópias da documentação necessária

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim Não

Assinale quais os documentos em falta:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão | <input type="radio"/> Cartão da Segurança Social |
| <input type="radio"/> N.º de Contribuinte | <input type="radio"/> Cartão do Serviço Nacional de Saúde |
| <input type="radio"/> Outro Qual? _____ | |

8. Assinaturas

Cliente: _____ Data: ____ / ____ / ____

Representante do cliente: _____ Data: ____ / ____ / ____

Técnico da instituição: _____ Data: ____ / ____ / ____



Anexo à Ficha de Inscrição – LAR RESIDENCIAL

Informação de Saúde *(solicita-se a entrega deste documento em envelope selado)*

IMP02.IT01.PC01 – Lar Residencial

página 1 de 1 do anexo

1. Dados de identificação do cliente

Nome completo: _____

2. Caracterização da(s) deficiência(s) e incapacidade(s)

Caracterize sumariamente o tipo de deficiência e/ou incapacidade que o cliente apresenta:

O cliente utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

Sim Não Se sim, especifique quais: _____

Causa(s) da(s) deficiência(s) e/ou incapacidade(s):

Congénita (presente ao nascimento) Adquirida

Situação de dependência: Autónimo Semi-dependente Dependente

3. História Médica

Estado de saúde: Bom Razoável Mau

Enfermidades/Doenças: _____

Operações: _____

Tratamentos: _____

Recorre com frequência aos Serviços de Saúde? Sim Com que frequência? _____ Não

Médico de Família: _____ Contacto: _____ Unidade Familiar: _____

Médico(s) Especialista(s): _____ Contacto(s): _____



Documentos a Entregar

Para se candidatar à resposta social indicada, nos termos da Portaria n.º 196-A/2015 de 1 de julho, deverá entregar cópia dos seguintes documentos:

- a) Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão do cliente e do responsável;
- b) Cartão de Beneficiário da Segurança Social;
- c) Cartão de Contribuinte;
- d) Cartão de Saúde (SNS).
- e) Relatório médico demonstrativo da situação clínica do cliente, com indicação dos medicamentos que, eventualmente, tome;
- f) Duas fotografias;
- g) Plano de vacinação em dia;
- h) Última declaração de IRS e respetiva nota de liquidação;
- i) Declaração anual de pensões, ou na ausência de rendimentos, uma declaração comprovativa da Segurança Social;
- j) Comprovativo dos rendimentos prediais, caso existam, ou a Declaração de Compromisso de Honra de não existência de rendimentos prediais;
- k) Cadernetas prediais atualizadas, caso existam, ou a Declaração de Compromisso de Honra de não existência de bens imóveis;
- l) Declaração dos rendimentos de capitais, caso existam, ou Declaração de Compromisso de Honra de não existência de não existência de rendimentos de capitais;
- m) Os descendentes de 1º grau da linha reta ou quem se encontre à prestação de Alimentos deverão fornecer, igualmente, os documentos exigidos nas alíneas a), g), h), i), j) e k).



Santa Casa da Misericórdia de Fafe

R. Combatentes da Grande Guerra, 174
4820-250 Fafe

Apartado 47
4820-909 FAFE

REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

DECLARAÇÃO

Para os fins convenientes, nomeadamente para cumprimento no estipulado na alínea 11) do Artigo 4.º e na alínea a) do Artigo 6.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados Pessoais – Regulamento nº 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, declaro que:

- dou o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais/do meu familiar/do meu dependente, constantes no processo de admissão em anexo;
- estou consciente de que os dados pessoais escolhidos podem ser comunicados a prestadores de serviços subcontratados, para efeitos da prestação dos cuidados, e a autoridades judiciais, fiscais e regulatórias, com a finalidade do cumprimento de imposições legais;
- tenho direito de aceder aos dados pessoais, bem como, dentro dos limites do contratualizado e do Regulamento, de os alertar, opor-me ao respetivo tratamento, decidir sobre o tratamento automatizado dos mesmos, retirar o consentimento e exercer os demais direitos previstos na lei (salvo quanto aos dados que são indispensáveis à prestação dos cuidados de saúde, portanto de fornecimento obrigatório, ou ao cumprimento de obrigações legais a que a Santa Casa da Misericórdia esteja sujeita). Caso retire o consentimento, tal não compromete a licitude do tratamento efetuado até essa data;
- tenho o direito de ser notificado, nos termos previstos no Regulamento, caso ocorra uma violação dos dados pessoais, podendo apresentar reclamações perante a(s) autoridade(s).

Entidade responsável pelo tratamento de dados:

Santa Casa da Misericórdia de Fafe

Rua dos Combatentes da Grande Guerra, 174

4820-250 Fafe

Endereço do Encarregado de Proteção de Dados:

encarregado.protecao.dados@scmfafe.pt

Fafe, ____ de _____ de 20 ____
