



## Santa Casa da Misericórdia de Fafe

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

# Ficha de Inscrição

Resposta social pretendida:  ERPI (Lar de Idosos)  Serviço de Apoio Domiciliário a Idosos  
 Centro de Dia  Serviço de Apoio Domiciliário a Deficientes

página 1 de 3

(a preencher pela Instituição)

Data de inscrição: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de entrada: \_\_\_\_\_

N.º do processo/cliente: \_\_\_\_\_

Fotografia do  
cliente

Dados a preencher pelo/com o cliente e significativos

### 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 que exercia: \_\_\_\_\_

### 2. Dados de identificação do(a) responsável(a) 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: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_



## Santa Casa da Misericórdia de Fafe

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

página 2 de 3

### 3. Situação Familiar

Tem filhos(as)?  Sim  Não Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

### 4. Dados de identificação e contactos das pessoas próximas do cliente

Identificação das pessoas que compõem o agregado familiar ou pessoas de referência para o cliente:

Nome	Idade	Parentesco/ Relação	Reside com o cliente?	Contacto

### 5. 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

\_\_\_\_\_

### 6. Rede Social de Suporte

O cliente foi encaminhado por outra Organização?

Sim

Não

Se sim, 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

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       Centro de Dia       Centro de Convívio       Não se aplica

Outro serviço  Qual? (Especifique o serviço e o estabelecimento) \_\_\_\_\_

### 7. Situação Económica

Rendimento mensal do cliente:

Reforma/pensão: \_\_\_\_\_ €  
Sobrevivência: \_\_\_\_\_ €  
Complemento por dependência: \_\_\_\_\_ €  
Outros: \_\_\_\_\_ €

Despesas mensais do cliente:

Fraldas ou outros: \_\_\_\_\_ €  
Medicação: \_\_\_\_\_ €  
Renda Casa: \_\_\_\_\_ €  
Emp. Bancários: \_\_\_\_\_ €  
Outros: \_\_\_\_\_ €

**Total do rendimento mensal:** \_\_\_\_\_ €      **Total das despesas mensais:** \_\_\_\_\_ €

### 8. Cópias da documentação necessária

Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim       Não

Assinale quais os documentos em falta:

- Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão       Cartão da Segurança Social  
 N.º de Contribuinte       Cartão do Serviço Nacional de Saúde  
 Outro Qual? \_\_\_\_\_

### 9. Assinaturas

Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Representante do cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Técnico da Instituição: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Anexo à Ficha de Inscrição

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

página 1 de 1 do anexo

---

#### 1. Dados de identificação do cliente

Nome completo: \_\_\_\_\_

---

#### 2. 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): \_\_\_\_\_

---

#### 2. Situação clínica

Situação de dependência: Autónomo  Semi-dependente  Dependente

Movimentação: Andarilho  Bengala  Cadeira de Rodas  Com a ajuda de 3º  Acamado

Uso de: Fralda  Algália  Dispositivo Urinário

Higienização: Sozinho  Com ajuda  Na cama  No WC

Alimentação: Sozinho  Com ajuda

Tipo de Alimentação: Normal  Dieta mole  Dieta hipo-salina  Dieta líquida  Dieta pastosa



## 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](mailto:encarregado.protecao.dados@scmfafe.pt)

Fafe, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_