



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSEL

Telefone: 268 554 272 - Largo da Igreja, nº 2 - 7470-214 SOUSEL

santacmsousel@sapo.pt

www.scmsousel.com

FICHA DE INSCRIÇÃO

Resposta Social a que se candidata:

ERPI (Lar de Idosos)

☐

Centro de Dia

☐

ERPI (Residência Sénior)

☐

SAD (Serviço de Apoio Domiciliário)

☐

Data de Inscrição: ____ / ____ / ____

Data de Admissão: ____ / ____ / ____

Nº de Processo ____

Data de Saída: ____ / ____ / ____

Motivo: _____

Ponto de Situação da Inscrição:

1. Identificação do Utente

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos Estado Civil: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão nº: _____ Data de Validade: ____ / ____ / ____

Contribuinte nº: _____ Beneficiário/NISS nº: _____

Escolaridade: _____ Formação Profissional: _____

Ocupação que exercia: _____

Telefone Casa: _____ Telemóvel: _____

2. Identificação do(a) Responsável pelo Utente

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____

Ocupação: _____ Parentesco: _____

Telemóvel: ____ / ____ E-mail: _____

3. Historial Clínico do Utente

Acamado(a) Sim ☐ Não ☐ Quanto tempo _____

Sofre de perturbações mentais ☐ Doença Psiquiátrica ☐ Deficiência mental ☐

Diabetes ☐ Hipertensão ☐ AVC ☐ Alergias ☐ Doenças infeto-contagiosas ☐

Pacemaker (coração) ☐ Parkinson ☐ Alzheimer ☐ Cardíacos ☐ Intestinais ☐

Respiratórios ☐ Reumáticos ☐ Auditivos ☐ Urinários ☐ Visão ☐

Outras _____

Necessidades Especiais (comunicação, locomoção, transporte, etc.) ☐ Quais _____

Necessita de cuidados médicos ☐ Quais _____

Médico de Família _____ Telefone _____ Nº de Utente _____

4. Dependência do Utente

Autónomo, não necessita de apoio ☐

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana ☐

Necessita de apoio na higiene pessoal e tarefas domésticas ☐

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas ☐

5. Capacidade Física e Funcional

Mobilidade: Autónomo ☐ Andarilho ☐ Bengala/Canadiana ☐ Cadeira de Rodas ☐

Com ajuda de 3ºs ☐ Acamado ☐

Alimentação: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐ Alimentação por sonda ☐

Tipo de Alimentação: Normal ☐ Dieta mole ☐ Dieta líquida ☐ Dieta pastosa ☐

Eliminação: Urinar normal ☐ Dejeção normal ☐ Incontinência urinária ocasional ☐

Incontinência fecal ocasional ☐ Uso de fralda ☐ Uso de cueca-fralda ☐

Incontinência urinária permanente (algália) ☐ Incontinência fecal permanente (doente ostomizado) ☐

Higiene Pessoal: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Banho: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Vestir-se: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Ir ao WC: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Transferência (entrar e sair da cama): Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Tomar medicamentos: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

Deslocação ao exterior: Autónomo ☐ Ajuda humana ou técnica ☐ Cadeira de rodas ☐

Administrar o dinheiro: Autónomo ☐ Ajuda parcial ☐ Ajuda total ☐

6. Constituição do Agregado Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Profissão

7. Caracterização da Situação Social do Utente

8. O Utente tem usufruído dos serviços de/ou esteve integrado em:

- Centro de Dia ☐ Identifique qual a Instituição: _____
- Serviço de Apoio Domiciliário ☐ Identifique qual a Instituição: _____
- Outro Serviço ☐ Identifique qual, assim como a Instituição: _____
- Não se aplica ☐ _____

9. Serviços solicitados (Centro de Dia e/ou Serviço de Apoio Domiciliário, com exceção da ERPI)

- | | | | |
|--|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Cuidados de higiene e conforto pessoal | ☐ | Apoio psicossocial | ☐ |
| Fornecimento e apoio nas refeições | ☐ | Atividades de animação sociocultural | ☐ |
| Tratamento de roupa | ☐ | Transporte | ☐ |
| Higiene habitacional | ☐ | Cuidados de saúde | ☐ |
| Administração de fármacos, quando prescritos | ☐ | Outro(s): _____ | |

10. Situação Económica do Utente

Rendimentos Mensais	
Rendimento do Trabalho	€
Reforma/Pensão	€
Pensão de Sobrevivência	€
Complemento Dependência (1º/2º Grau)	€
Outros	€
Total:	€

Despesas Mensais	
Medicação (doença crónica) *	€
Renda de Casa	€
Outros	€
Total	€

* São aceites despesas com aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica, desde que acompanhados por receita médica. Os comprovativos necessários são as faturas, cópias das receitas e atestado de doença crónica.

11. Cálculo da Mensalidade:

Valor do Rendimento: _____ € x _____ % = _____ € (utentes c/acordo)

Mensalidade = _____ € + _____ € = _____ € + comp. Seg.Social = custo médio/utente (utentes c/acordo)
(comp. utente) (comp.familiar)

Mensalidade = _____ € (utentes s/acordo)
(Custo médio utente/resposta social)

Mensalidade = _____ € + _____ € = _____ € (utentes s/acordo)
(% do rendimento) (comp.familiar)

12. Foram entregues cópias de todos os documentos necessários?

Sim ☐ Não ☐

Assinale quais os documentos entregues e a respetiva data de entrega:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão	☐	Data de entrega _____ / _____ / _____
Cartão de Contribuinte	☐	Data de entrega _____ / _____ / _____
Cartão de Pensionista	☐	Data de entrega _____ / _____ / _____
Declaração de Rendimentos	☐	Data de entrega _____ / _____ / _____
Relatório Médico	☐	Data de entrega _____ / _____ / _____

13. Observações (Assinale outras informações relevantes sobre o utente)

Assinaturas

Utente _____

Responsável pelo Utente _____

Instituição _____

Sousel, ____ de _____ de 20____

AUTORIZAÇÃO PARA FOTOCÓPIA DE CARTÃO DE CIDADÃO/PASSAPORTE

(Nos termos do Artigo 5.º n.º 2 da Lei n.º 7/2007 de 05 de Fevereiro, alterada pela Lei n.º 32/2017, de 01 de Junho)

Eu, _____,
portador/a do Cartão de Cidadão com o n.º _____, válido até ____-____-_____,
emitido pela República Portuguesa, declaro que autorizo a Santa Casa da Misericórdia de
Sousel a fotocopiar o Cartão de Cidadão do utente, para efeitos de
_____.

Sousel, ____ de _____ de 202__

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO - PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (RGPD)

Identificação do Utente

Nome: _____

Os dados pessoais facultados à Santa Casa da Misericórdia de Sousel, destinam-se apenas ao cumprimento de contrato de prestação de serviços celebrado entre a Misericórdia e o utente/Responsável pelo utente, podendo estes dados ser entregues aos Serviços Públicos e às autoridades judiciais por força de disposição legal.

Base Legal: RGPD – Regulamento Geral da Proteção de Dados (aplicação do Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/2016); legislação nacional em vigor na matéria; legislação de suporte à resposta social em frequência.

O titular dos dados pessoais tem direito ao esquecimento (eliminação de dados, desde que salvaguardados os períodos de conservação previstos legalmente) e possibilidade de apresentar queixa junto da CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Fim a que se destinam: Os dados pessoais recolhidos destinam-se exclusivamente à organização, gestão e prestação do serviço associado à resposta social para que o titular dos dados (responsável no caso de menores ou familiar de idosos) se inscrevem.

Tratamento dos dados: Os dados pessoais serão tratados para efeitos de elaboração do contrato de prestação de serviços e gestão de serviços adjacentes à resposta social em frequência, incluindo-se o envio de informações, mailings, registo e arquivo de atividades. Os dados manter-se-ão em suporte físico e/ou digital.

Os dados pessoais recolhidos são confidenciais e apenas para uso da Santa Casa da Misericórdia de Sousel. Os dados pessoais poderão, contudo, ser tratados por entidades que nos prestam serviços em matéria de contabilidade, financeira, seguradora, etc., mas sempre no âmbito da relação contratual com a Misericórdia e ao abrigo de acordo de confidencialidade.

Prazo de conservação: Os dados pessoais serão mantidos enquanto durar a relação contratual/frequência da resposta social. Findo a relação contratual, convencionam-se que os mesmos serão mantidos em termos de processo individual, para efeitos de acompanhamento, auditoria e fiscalização pelas entidades de tutela, pelo período mínimo previsto na lei (5 anos após a saída da resposta social; 10 anos no que concerne a documentos contabilísticos e fiscais).

Declaro que tomei conhecimento dos princípios do tratamento dos dados pessoais pela Santa Casa da Misericórdia de Sousel, pelo que autorizo o tratamento dos dados pessoais fornecidos a esta Instituição.

Assinatura dos titulares dos dados:

Utente: _____

Data: ____/____/____

Responsável pelo Utente: _____

Data: ____/____/____

Tomei conhecimento: _____
(A Instituição)

Data: ____/____/____