



Centro de Dia

Morada Rua dos Trigueiros, nº 1 - 3740-412, Talhadas
NIF 501337660 Telefone 234 551 088 E-mail polotalhadascdia@sapo.pt

FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

Data de Inscrição: _____ Data de Admissão: _____

N.º de Utente: _____

Data de Saída: _____

Motivo da saída: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Telefone/Tlm: _____/_____

Residente em: _____

C.P.: _____ - _____

BI/CC: _____ de _____ do arquivo de: _____

NIF: _____ NISS: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade: _____

Ocupação profissional anterior: _____

Formação Profissional: _____

2. BREVE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CANDIDATO E SITUAÇÃO ECONÓMICA

| Nome | Idade | Parentesco | Vive com o Cand. | | Meio de Vida Princ. | Rendimento Mensal |
|--------------|-------|------------|------------------|-----|---------------------|-------------------|
| | | | Sim | Não | | |
| | | | | | | € |
| | | | | | | € |
| | | | | | | € |
| Total | | | | | | € |

| Rendimentos Mensais: | | Despesas Mensais: | |
|------------------------|---|-------------------------|---|
| Rendimento do Trabalho | € | Medicação | € |
| Reforma/Pensão | € | Outras despesas - Saúde | € |



Centro de Dia

Morada Rua dos Triguais, nº 1 - 3740-412, Talhadas
NIF 501337660 Telefone 234 551 088 E-mail polotalhadascdia@sapo.pt

| | | | |
|---------------------------------|---|--------------|---|
| Complementos (Dependência/S.I.) | € | Alimentação | € |
| Outros | € | Outros | € |
| Total: | € | Total | € |

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO (S) DA (S) PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CANDIDATO

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Ocupação: _____

Morada: _____

Telefone: _____ / _____ E-mail: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____ Ocupação: _____

Morada: _____

Telefone: _____ / _____ E-mail: _____

4. REDE SOCIAL E DE SUPORTE

Identifique o suporte existente do Candidato:

5. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

A infraestrutura encontra-se: Em estado de Conservação _____

6. MOTIVO DO PEDIDO DE CENTRO DE DIA / OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

7. DEPENDÊNCIA DO CANDIDATO

| | Autónomo / Responsabilidade Familiar | Necessita de apoio pontual dos Serviços | Necessita do apoio total dos Serviços |
|---------------------------------------|---|--|--|
| Banho / Vestir-se / Ir ao WC | | | |
| Alimentação | | | |
| Transferência (entrar e sair da cama) | | | |
| Continência | | | |
| Higiene Habitacional | | | |
| Tratamento de Roupas | | | |



Centro de Dia

Morada Rua dos Triguais, nº 1 - 3740-412, Talhadas
NIF 501337660 Telefone 234 551 088 E-mail polotalhadascdia@sapo.pt

| | | | |
|--|--|--|--|
| Mover-se no exterior (fazer compras, etc.) | | | |
| Toma de medicação | | | |

8. ANTECEDENTES CLÍNICOS

Médico de Família: _____

Contacto Telefónico: _____

9. ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO

BI/CC: NIF: Cartão de Seg. Social/ADSE: Cartão Utente:

Comp. de Rendimentos: Comp. de Despesas:

10. SERVIÇOS SOLICITADOS

| | Quais | Periodicidade | | | Custo sobre o RC |
|---|-------|---------------|---------|--------|------------------|
| | | Diária | Semanal | Mensal | |
| Serviços Básicos de Centro de Dia | | | | | |
| Cuidados de Higiene, Pessoais e de Imagem | | | | | |
| Tratamento de Roupas | | | | | |
| Transporte | | | | | |
| Assistência Medicamentosa | | | | | |
| Aquisição de Bens e Serviços * | | | | | |
| Apoio Social / Psicossocial | | | | | |
| Outro(s): | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

11. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DO VALOR DA MENSALIDADE / COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR

| Rend. Mensal Líquido | Despesas – Saúde | Percentagem a aplicar | $RC = \frac{R - D}{N}$ |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------------|
| | | | |

Cálculo - Mensalidade: _____ Valor da Participação: _____ €



Centro de Dia

Morada Rua dos Trigais, nº 1 - 3740-412, Talhadas
NIF 501337660 Telefone 234 551 088 E-mail polotalhadascdia@sapo.pt

DECLARAÇÕES / CONSENTIMENTOS

Declaro, para os devidos efeitos, ter conhecimento e dar o meu consentimento para o tratamento dos dados pessoais acima mencionados à Santa Casa da Misericórdia de Sever do Vouga, consoante o Regulamento de Proteção de Dados Pessoais de 27 de abril de 2016, caso o candidato seja admitido: Sim Não

Estes dados serão apenas utilizados para contacto, caso o candidato seja admitido nos Serviços de Centro de Dia. Aquando da admissão, o candidato terá de assinar o contrato e renovar o seu consentimento para o tratamento de todos os dados acima referidos. Não obstante, o candidato ou o seu Responsável Legal tem o direito de aceder, retificar, pedir o apagamento e/ou limitação do tratamento de dados, bem como de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo. Mais se informa que o responsável pelo tratamento, em representação da SCMSV é Isabel Bastos (234555493) e o encarregado de proteção de dados é Ana Hadden (966762007). Estes dados apenas serão entregues aos Serviços Administrativos da SCMSV.

Declara de Compromisso de Honra de não existência de rendimentos prediais, de não existência de bens imóveis para além da habitação permanente e de não existência de rendimentos de capitais.

Declara que tem conhecimento e aceita o Regulamento Interno de funcionamento do Centro de Dia.

Data: ___/___/_____

Assinaturas/ Declaração de Livre Vontade:

O Próprio: _____

Representante do Candidato: _____

A SCMSV, Técnica Responsável CD: _____

Representante da SCMSV: _____