

**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		
						€
						€
						€
					<b>Total</b>	€

Rendimentos Mensais:		Despesas Mensais:	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma/Pensão	€	Outras despesas - Saúde	€
Complementos (Dependência/S.I.)	€	Alimentação	€



Outros	€	Outros	€
<b>Total:</b>	€	<b>Total</b>	€

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			
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, nº1 - 3740-412 Talhadas

Telefone 234 551 088 (chamada para a rede fixa nacional)

NIF 501337660

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: \_\_\_\_\_