



### FICHA DE INSCRIÇÃO / ADMISSÃO

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Entrada da Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de Processo: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data e Motivo de Saída: \_\_\_\_\_

#### I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: F / M

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Contactos Telefónicos: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nº do B.I.: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nº de Beneficiário: \_\_\_\_\_

Regime de Seg. Social: \_\_\_\_\_

N.º de Utente: \_\_\_\_\_

Subsistema de Saúde: \_\_\_\_\_

#### II. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta Solicitada:  Temporária  Permanente

Fundamentação:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### III. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO(S) DA PESSOA(S) PRÓXIMA(S) DO CLIENTE

Nome	Parentesco	Morada	Contacto(s) Telefónicos	Contacto Telef. no Emprego




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

Não  Sim Se sim, quem: \_\_\_\_\_

#### IV. REDE DE SUPORTE

O Cliente foi encaminhado por outra Instituição?

Não  Sim Se sim, qual: \_\_\_\_\_

O Cliente necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver as suas atividades da vida diária?  Sim  Não

Identifique o atual suporte assegurado ao Candidato:

- Diário e Permanente  Diário e Pontual  
 Pontual  Inexistente

O Cliente usufrui dos Serviços de:

- Serviço de Apoio Domiciliário Qual a Organização: \_\_\_\_\_  
 Centro de Dia \_\_\_\_\_  
 Outro Serviço \_\_\_\_\_

#### V. CARACTERIZAÇÃO DA(S) INCAPACIDADE(S)

Tipo de Incapacidade(s)	Sim	Não	Especifique-as
Verificam-se mudanças nas funções do corpo (fisiológicas e/ou nas estruturas do corpo (anatômicas)? (p.e. funções auditivas; estrutura da coluna vertebral)			
Verificam-se limitações da atividade ou restrição da participação? (p.e. andar distâncias longas; participar em atividades de grupo)			
Utilizar ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?			
Causa(s) das Incapacidade(s)	Sim	Não	Especifique-as
Congénita(s)			
Adquirida(s)			



## VI. ENTREGA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Sim  Não

**Assinale quais os documentos em falta e a respetiva data de entrega:**

	Entregue
Bilhete de Identidade do Cliente e do Representante legal, quando necessário	<input type="radio"/>
Cartão de Contribuinte do Cliente e do Representante legal, quando necessário	<input type="radio"/>
Cartão de Beneficiário da Seg. Social do Cliente e do Representante legal, q.n.	<input type="radio"/>
Cartão de Utente dos Serviços de Saúde ou de outros Subsistemas	<input type="radio"/>
Comprovativo dos rendimentos do Cliente e do(s) Representante(s) legal(ais) <sup>1</sup>	<input type="radio"/>

## VII: REGULAMENTO DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

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

**Dou ainda as seguintes permissões:**

- Informatização dos dados e informações pessoais: Sim  Não
- Uso da cópia dos documentos de identificação do utente (e familiares) e rendimentos anuais necessários ao preenchimento do processo e cálculo das participações: Sim  Não
- Captação e uso de imagem para divulgação da SCMSV, em diferentes canais de comunicação: Sim  Não
- Saídas do utente da Instituição quando o mesmo solicitar, sem acompanhamento: Sim  Não
- Saídas em Passeios: Sim  Não
- Os serviços fornecidos de Cabeleireiro/Barbeiro/Cuidados de Imagem: Sim  Não

Estes dados acima mencionados serão apenas utilizados para contacto, caso o candidato seja admitido na ERPI. 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

<sup>1</sup> Documento Comprovativo do valor da Pensão (Velhice e/ou outras), Declaração de IRS, comprovativo de rendimentos de Capital Mobiliário e Imobiliário ou a Declaração de Valores Patrimoniais dos S. das Finanças (sendo que não serão consideradas os bens do cliente/família para fins de habitação própria) e Extrato Bancário de posição integrada unicamente relativo ao cliente.



encarregado de proteção de dados é Ana Hadden (966762007). Estes dados apenas serão entregues aos Serviços Administrativos da SCMSV.

### VIII. ASSINATURAS

Pela SCMSV: \_\_\_\_\_

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

Cliente: \_\_\_\_\_

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

Significativo(s): \_\_\_\_\_

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