



## SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSEL

TELEFONES: 268 554 272 - 268 554 689 - FAX: 268 554 633

LARGO DA IGREJA - 7470-214 SOUSEL

### 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 ENTRADA

DATA DE ANULAÇÃO:

PONTO DE SITUAÇÃO DA INSCRIÇÃO:

---

---

---

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

NOME: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_ ANOS ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

B.I. / C. CIDADÃO Nº: \_\_\_\_\_ EMITIDO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

CONTRIBUINTE Nº: \_\_\_\_\_ BENEFICIÁRIO Nº: \_\_\_\_\_

TELEFONE CASA: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_

TEM ALGUÉM QUE SEJA DA SUA RELAÇÃO PRÓXIMA A FREQUENTAR ESTA INSTITUIÇÃO?

SIM

NÃO

QUEM? \_\_\_\_\_

## 2. SITUAÇÃO PESSOAL / SAÚDE DO UTENTE

ACAMADO(A) SIM  NÃO  QUANTO TEMPO \_\_\_\_\_

SOFRE DE PERTURBAÇÕES MENTAIS

DIABETES  TENSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_ AVC

ALERGIAS  PACEMAKER (CORÇÃO)  PARKINSON

ALZHEIMER  OUTRAS \_\_\_\_\_

NECESSITA DE CUIDADOS MÉDICOS  QUAIS \_\_\_\_\_

MÉDICO DE FAMÍLIA \_\_\_\_\_ Nº DE UTENTE \_\_\_\_\_

## 3. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO UTENTE

RENDIMENTO DO TRABALHO: \_\_\_\_\_ €

REFORMA: \_\_\_\_\_ €

PENSÃO: \_\_\_\_\_ €

GRAU DE DEPENDÊNCIA: \_\_\_\_\_ € (1º / 2º)

OUTROS: \_\_\_\_\_ €

TOTAL: \_\_\_\_\_ €

## 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)

## 4. DEPENDÊNCIA DO UTENTE

### GRAU DE DEPENDÊNCIA GLOBAL 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. SERVIÇO(S) SOLICITADO(S) – (VALÊNCIA DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO)

CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO PESSOAL

FORNECIMENTO E APOIO NAS REFEIÇÕES

HIGIENE HABITACIONAL

TRATAMENTO DE ROUPA

## 6. SITUAÇÃO FAMILIAR

FAMILIAR/PESSOA RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

## 7. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

O UTENTE VISITOU AS INSTALAÇÕES:

Sim  Não

## 8. FORAM ENTREGUES CÓPIAS DE TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS?

SIM  NÃO

ASSINALE QUAIS OS DOCUMENTOS ENTREGUES E A RESPECTIVA DATA DE ENTREGA:

B.I./ 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 9. OBSERVAÇÕES (ASSINALE OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE O UTENTE)

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

**ASSINATURAS**

UTENTE \_\_\_\_\_

FAMILIAR/PESSOA RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

SOUSEL, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_