



# SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SOUSEL

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

[santacmsousel@sapo.pt](mailto:santacmsousel@sapo.pt) [www.scmsousel.pt](http://www.scmsousel.pt)

## 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 3<sup>os</sup>  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		Despesas Mensais	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação (doença crónica) *	€
Reforma/Pensão	€	Renda de Casa	€
Pensão de Sobrevivência	€	Outros	€
Complemento Dependência (1º/2º Grau)	€	<b>Total</b>	<b>€</b>
Outros	€		
<b>Total:</b>	<b>€</b>		

\* 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: \_\_\_\_\_

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

(A Instituição)