



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	<input type="radio"/>	DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____
CARTÃO DE CONTRIBUINTE	<input type="radio"/>	DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____
CARTÃO DE PENSIONISTA	<input type="radio"/>	DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____
DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS	<input type="radio"/>	DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____
RELATÓRIO MÉDICO	<input type="radio"/>	DATA DE ENTREGA _____ / _____ / _____

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

ASSINATURAS

UTENTE _____

FAMILIAR/PESSOA RESPONSÁVEL _____

SOUSEL, ____ DE _____ DE 20 ____