



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: _____

Formação Académica: _____

Profissão que exerceu: _____

Trabalhou no estrangeiro: Sim Não

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) ¹	<input type="radio"/>

¹ 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.



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 comparticipações: 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 no Lar de Idosos/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 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: ____/____/____