



FICHA DE INSCRIÇÃO

PARTE A – FICHA DE INSCRIÇÃO

Data de inscrição: _____

Data de admissão: _____

Nº de cliente: _____

Data de saída: _____

Motivo de saída: _____

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA: SAD

CD

LAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____

NOME PELO QUAL DEVE SER TRATADO: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____

DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ DATA DE COMEMORAÇÃO ____/____/____

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

N.º TELEFONE: _____ Nº TELEMÓVEL: _____

BI/CC: _____ NIF: _____ NISS: _____

SISTEMA DE PROTECÇÃO NA VELHICE: _____

Nº UTENTE: _____ SUB-SISTEMA SAÚDE: _____

2. COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO CLIENTE

| NOME | IDADE | PARENTESCO | VIVE COM O CLIENTE | | MEIO DE VIDA PRINCIPAL ¹ | RENDIMENTO MENSAL |
|---------|-------|------------|--------------------|-----|-------------------------------------|-------------------|
| | | | SIM | NÃO | | |
| Cliente | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹ Reforma; Pensão Social; Pensão mínima; Outro



FICHA DE INSCRIÇÃO

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

Sim Quem? _____

Não

3. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA(S) PESSOAS PRÓXIMAS DO CLIENTE²

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____

Email: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____

Email: _____

Nome: _____

Parentesco/Relação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

N.º Telefone: _____ N.º Telemóvel: _____

Email: _____

4. MOTIVO DO PEDIDO

²Pessoa (s) Próxima (s) – responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros.



FICHA DE INSCRIÇÃO

5. AVALIAÇÃO SUMÁRIA DA FUNCIONALIDADE DO CLIENTE

| (assinale com um x) | Independente | Dependente |
|----------------------|--------------|------------|
| Banho | | |
| Vestir | | |
| Utilização da Sanita | | |
| Transferência | | |
| Continência | | |
| Alimentação | | |

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO CLIENTE

Rendimentos mensais:

| | |
|----------------------------------|----------|
| Rendimento do Trabalho | € |
| Reforma | € |
| Pensão Social | € |
| Complemento por dependência | € |
| Rendimentos do agregado familiar | € |
| Outros (1) | € |
| Total: | € |

Despesas mensais:

| | |
|---|----------|
| Saúde/Medicação | € |
| Renda de casa | € |
| Consumos de água, electricidade, gás e telefone | € |
| Alimentação | € |
| Fraldas, outras | € |
| Outros | € |
| Total: | € |

(1) Indique quais _____

COMPARTICIPAÇÃO MENSAL: _____

7. Em caso de inexistência de vaga, pretende ingressar na lista de candidatos? _____

Se respondeu não, indique o motivo: _____

8. DOCUMENTOS ENTREGUES NO PROCESSO DE CANDIDATURA:

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| Fotocópia do BI/CC | <input type="radio"/> | Fotocópia do cartão de beneficiário | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Contribuinte | <input type="radio"/> | Comprovativo de Despesas com Medicação | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Recibo de Reforma | <input type="radio"/> | Comprovativo de Encargos com a Habitação | <input type="radio"/> |
| Fotocópia do Cartão de Utente | <input type="radio"/> | Relatório médico | <input type="radio"/> |



FICHA DE INSCRIÇÃO

9. AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO E TRATAMENTO DE IMAGEM:

Para efeitos de divulgação e promoção dos serviços, consinto a captação, tratamento e publicação de imagem e/ou vídeo, a incluir:

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| No jornal da instituição: | | |
| No sítio da internet, redes sociais da instituição: | | |
| Nas publicações de divulgação institucional: | | |
| Em exposição interna quando relacionada com atividades desenvolvidas pelos clientes e celebração de dias festivos: | | |
| Na elaboração de trabalhos destinados a familiares ou quem exerça a responsabilidade legal: | | |

10. Direito/Dever a informação-Regulamento Proteção de Dados

O cliente ou responsável legal assume inteira responsabilidade nos termos da lei, pela exatidão de todas as declarações constantes nesta ficha. Falsas declarações implicam, para além de procedimento legal, imediato cancelamento da inscrição. Declaro sob compromisso de honra que todas as declarações prestadas correspondem à verdade, aceitando também que as mesmas sejam devidamente comprovadas. A Santa Casa da Misericórdia da Mealhada, IPSS com sede na Rua Dr. Costa Simões, Nº 42, 3050-326, Mealhada, **será considerada como responsável pelo tratamento dos dados pessoais** que fornecer por via da presente ficha de inscrição, bem como dos dados solicitados no processo de candidatura. Os dados que constam nesta candidatura relativamente à sua pessoa têm a **finalidade** de gestão dos utentes, gestão económica e contabilística da SCMM e serão retidos pelo período necessário para o cumprimento dessa finalidade bem como pelo tempo necessário à demonstração do cumprimento de obrigações legais que sejam aplicáveis. Todos os dados recolhidos com exceção dos dados relativos à imagem, têm fundamento o cumprimento de uma obrigação legal e/ou contratual, sendo por isso requisitos necessários à celebração do contrato e a prestação do serviço contratado, pelo que a recusa no fornecimento de tais dados implicam a impossibilidade absoluta de manter o contrato e prestar o serviço por parte da SCMM. Ao assinar abaixo, presta o seu consentimento para o tratamento dos seus dados, assim como, quando necessário, o responsável pelo tratamento colocar a informação à disposição de terceiros, nos termos legais. A SCMM garante a estrita confidencialidade no tratamento dos dados fornecidos. Dispõe V. Exa do **direito** de solicitar ao responsável pelo tratamento acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação, a sua eliminação, a limitação do tratamento, de se opor ao tratamento, bem como do direito à portabilidade dos dados, mediante requerimento escrito dirigido à SCMM para a morada da sua sede acima indicada. Por igual via e de igual maneira **pode V. Exa retirar o consentimento prestado** para o tratamento dos seus dados, em qualquer altura, sem que tal ponha em causa a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento anteriormente dado. Se existir qualquer dúvida relativamente ao processamento dos seus dados pessoais, poderá dirigir-se ao **encarregado da proteção de dados da SCMM** através do contacto: geral@scmmealhada.pt ou da morada acima indicada. Em caso de conflito, ou caso considere que algum dos seus direitos ou dos direitos do(a) candidato(a) relativos a dados pessoais foi violado ou posto em causa, poderá apresentar uma **reclamação** junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

| Assinaturas | Data |
|------------------------------|------|
| Cliente e/ou Significativos: | |
| Representante da SCMM: | |



FICHA DE INSCRIÇÃO

PARTE B – AVALIAÇÃO INICIAL DE REQUISITOS

RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA: SAD

CD

LAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:

NOME: _____

NOME PELO QUAL DEVE SER TRATADO: _____

DATA NASCIMENTO ____/____/____

IDADE: _____

2. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente (de acordo com Índice de Katz): (assinale um x)

| | Independente (1 ponto) | Dependente (0 pontos) |
|----------------------|--|---|
| Banho | <input type="checkbox"/> necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo. (por exemplo costas ou extremidades) | <input type="checkbox"/> necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo. Necessita de ajuda para entrar e sair da banheira. Não se lava sozinho. |
| Vestir-se | <input type="checkbox"/> Escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a. Exclui atar os sapatos. | <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para se vestir. Não é capaz de se vestir. |
| Utilização da Sanita | <input type="checkbox"/> Não necessita de ajuda para entrar e sair do wc. Usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite. | <input type="checkbox"/> Usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita. |
| Transferência | <input type="checkbox"/> Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama. Pode usar ajudas técnicas. (por exemplo bengala) | <input type="checkbox"/> Necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/cadeira. Está acamado. |
| Continência | <input type="checkbox"/> Controlo completo da micção e defecação. | <input type="checkbox"/> Incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal. Utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira. |
| Alimentação | <input type="checkbox"/> Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Exclui cortar a carne. | <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda para comer. Não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica/Parentérica. |
| Mobilidade | <input type="checkbox"/> Independente (6) <input type="checkbox"/> Dependência moderada (3 a 4) <input type="checkbox"/> Dependência total (0) | <input type="checkbox"/> Dependência Ligeira (5) <input type="checkbox"/> Dependência grave (1 a 2) |



FICHA DE INSCRIÇÃO

3. SAÚDE

Grupo Sanguíneo: _____

Nome do Médico/Assistente: _____

Centro de Saúde: _____ TLF: _____

3.1. ANTECEDENTES CLÍNICOS RELEVANTES

| |
|--|
| |
|--|

3.2. PROBLEMAS DE SAÚDE

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| Respiratórios | | Infecto contagiosas | |
| Urinários | | Sistema Nervoso (Memória, Humor, Comportamento) | |
| Reumáticos | | Auditivos | |
| Cardíacos | | Visuais | |
| Hipertensão | | Fala | |
| D. Cancerígenas | | Motores | |
| Diabetes | | Deficiência Mental | |
| Gastrointestinais | | Outros. Quais? | |



FICHA DE INSCRIÇÃO

4. CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO (se aplicável)

| | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Condições da Habitação: | Boa <input type="radio"/> | Razoável <input type="radio"/> | Má <input type="radio"/> |
| Casa: | Própria <input type="radio"/> | Arrendada <input type="radio"/> | De Familiares <input type="radio"/> |
| Acessos: | Bons <input type="radio"/> | Razoáveis <input type="radio"/> | Maus <input type="radio"/> |
| Luz: | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | |
| Água Canalizada: | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | |
| Salubridade: | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | |
| Cozinha: | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | |
| Casa de Banho: | Sim <input type="radio"/> | Não <input type="radio"/> | |
| Outras? | _____ | | |

Grau de escolaridade:

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Não sabe ler, nem escrever | <input type="radio"/> | Ensino Técnico Profissional | <input type="radio"/> |
| Sabe ler e escrever | <input type="radio"/> | Licenciatura | <input type="radio"/> |
| Ensino Básico (ensino primário) | <input type="radio"/> | Pós-graduação | <input type="radio"/> |
| Ensino Preparatório | <input type="radio"/> | Mestrado | <input type="radio"/> |
| Ensino secundário | <input type="radio"/> | Doutoramento | <input type="radio"/> |

Última profissão:

Com que idade deixou de trabalhar?

