



### Ficha de Inscrição



SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

CD – Centro de Dia

Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

Nº de Processo: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 1-IDENTIFICAÇÃO DO/A BENEFICIÁRIO/A /TITULAR:

Nome:			
NIF:		Data de Nascimento:	
CC/B.I:		Validade:	
NISS:		Tel.:	
SNS n.º:		Estado civil:	
Morada:			
Código Postal:		Localidade:	
Outros dados:			

#### 2-CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

Elementos do agregado para além do próprio	Parentesco / Relação	Ocupação

**3-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DAS PESSOAS PRÓXIMAS DO UTENTE:**

Nome:		Parentesco /Relação:	
Morada:		Ocupação:	
Código Postal:		Tel.:	
NIF:		n.º CC e validade:	
Nome:		Parentesco /Relação:	
Morada:		Ocupação:	
Código Postal:		Tel.:	
NIF:		n.º CC e validade:	
Nome:		Parentesco /Relação:	
Morada:		Ocupação:	
Código Postal:		Tel.:	
NIF:		n.º CC e validade:	
Nome:		Parentesco /Relação:	
Morada:		Ocupação:	
Código Postal:		Tel.:	
NIF:		n.º CC e validade:	

Obs.: Pessoa(s) próxima(s) - responsável legal, familiares, vizinhos, amigos, outros

Parentesco - conjugue, filho(a), neto(a), irmão(a), outro; Relação - amigo(a), vizinho(a), voluntario(a), outro

**4- RENDIMENTOS /DESPESAS DO AGREGADO:**

Rendimentos mensais:	Montantes	Despesas Mensais	Montantes	Observações
Trabalho	€	Medicação	€	
Reforma	€	Renda Casa	€	
Complemento por dependência	€	Outros:	€	
Outros:	€			
<b>Total</b>	€	<b>Total</b>	€	

Obs. Anexar declaração de IRS / comprovativo de pensão/reforma e outros rendimentos e respetivas despesas, de acordo com o previsto regulamentarmente.



5-REDE SOCIAL E SUPORTE:	
O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, identifique o atual suporte assegurado ao candidato	<input type="checkbox"/> Diário e Permanente <input type="checkbox"/> Diário Pontual <input type="checkbox"/> Pontual <input type="checkbox"/> Inexistente
Observações:	

6-CONTACTOS DE EMERGÊNCIA:
Pessoa/s a contactar:
Contactos:
Observações:

7-SITUAÇÃO CLÍNICA:	
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente <input type="checkbox"/> Dependente	
Movimentação de:	<input type="checkbox"/> Andarilho <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/> Com ajuda de terceiros
Uso de:	<input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Algália <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário
Higienização:	<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com ajuda <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> WC
Alimentação	<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com ajuda
Tipo de Alimentação:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Tipo de Dieta
Situação vacinal:	
Situação alérgica:	
Nome do Médico de Família:	
Centro de Saúde:	Telefone:
É seguido por algum especialista?	

**8-MOTIVO DO PEDIDO E SERVIÇOS SOLICITADOS** (assinale com x):

Serviços Solicitados	Quando			Periodicidade			Quantidade		
	Semana	Sábado	Domingo	Semanal	Quinzenal	Mensal	1X	2X	Outra
Alimentação									
Higiene habitacional									
Higiene Pessoal									
Higiene Avançada									
Tratamento da Roupa									
Animação / socialização									
Acompanhamento ao médico									
Apoio Aquisição de bens									
Outro:									

**Motivo do Pedido:****Se CD – Centro de Dia, pretende transporte?**
 Não     Sim, local: \_\_\_\_\_

Obs. Anexar cálculo da comparticipação familiar (Mod. PO 004 ou PO 062) e comunicar ao utente/pessoa responsável.

**9- INFORMAÇÃO ADICIONAL PARA ADMISSIBILIDADE, SELEÇÃO E PRIORIZAÇÃO:****Admissibilidade:**

O SAD/CD da MSPS ajusta-se às necessidades e expectativas do Candidato?

 Sim                       Não

O SAD/CD da MSPS pode dar resposta ao pedido do Candidato?

 Sim                       Não
**Seleção e Priorização**
 Benfeitores, ex-membros dos corpos sociais, irmão ou ex-funcionário da MSPS.

n.º de irmão: \_\_\_\_\_

 Ascendente dos membros dos corpos sociais ou irmãos da MSPS.

N.º e nome do irmão: \_\_\_\_\_

 Ascendente de colaboradores e familiares diretos de utentes da MSPS.

Nome: \_\_\_\_\_

 Naturalidade de São Pedro do Sul.

 Ausência de família ou outros suportes que possam assegurar as necessidades básicas.

 Situação de Isolamento social ou geográfico.

 Inscrição encaminhada pela Segurança Social.

 Inscrição encaminhada por outro organismo / entidade de apoio.



Qual? \_\_\_\_\_.

(As condições de admissão serão ponderadas com os critérios de admissão presentes no regulamento interno em vigor, sempre que se verifique a abertura de vaga. A inscrição mantém-se em vigor durante um ano, devendo o candidato a utente/família reportar alterações às condições de admissibilidade/priorização)

Observações adicionais:

### 10- DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

- Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão (Prova de identidade).
- Fotocópia do Cartão de Contribuinte.
- Fotocópia do Cartão de Beneficiário da Segurança Social ou pensionista.
- Fotocópia do Cartão de Saúde.
- Comprovativo de Rendimentos / Declaração de IRS.
- Comprovativo de Despesas Fixas.
- Informação social (se encaminhado por organismo externo).
- Boletim de vacinas.
- Declaração médica comprovativa da situação de saúde do candidato, com um resumo da história clínica, indicação da tabela terapêutica.
- Outros: \_\_\_\_\_

### 11-VISITA ÀS INSTALAÇÕES:

O utente visitou as instalações?

- Sim                       Não, porque: \_\_\_\_\_

### 12-AUTORIZAÇÃO PARA CAPTAÇÃO DE IMAGENS E VÍDEO (Assinalar apenas uma opção)



Não havendo informação escrita em contrário, com a assinatura do contrato de prestação de serviços e alojamento, o utente e família autorizam a captação de imagens, em fotografia e/ou vídeo, para registo das atividades socioculturais e respetiva divulgação institucional pela MSPS na imprensa, site institucional ([www.mspsul.com.pt](http://www.mspsul.com.pt)), facebook ou outros.

Assinatura do/a utente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do/a Responsável pelo utente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do/a Técnico/a \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



 SAD   Serviço de Apoio Domiciliário Misericórdia de S. Pedro do Sul	 Casa das Amoreiras Centro de Recursos Sociais da Misericórdia de S. Pedro do Sul	<b>Análise dos critérios de Admissão</b>	<b>Anexo 1</b>
---	--	--	----------------

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:**

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

**CRITÉRIOS DE ADMISSÃO** (A aplicar sempre que a capacidade da valência não permita a admissão do total dos candidatos)

**Resposta Social:**


**SAD - Serviço de Apoio Domiciliário**  
 **CD – Centro de Dia**

CrITÉrio	Ponderação:	Pontuação:	Observações:
<input type="checkbox"/> 1. Pessoas social e economicamente mais desfavorecidas.	30%		<input type="checkbox"/> Admissão direta dada capacidade – sem aplicação de critérios.  <input type="checkbox"/> Admissão após aplicação de critérios.  <input type="checkbox"/> Lista de Espera.  Obs: _____
<input type="checkbox"/> 2. Pessoa em situação de isolamento, ausência de apoio familiar e/ou risco social.	20%		
<input type="checkbox"/> 3. Idoso familiar direto de utente da Misericórdia.	15%		
<input type="checkbox"/> 4. Idoso Benfeitor, Irmão da Misericórdia ou familiar direto de colaboradores/Órgãos Sociais da Misericórdia.	15%		
<input type="checkbox"/> 5. Proximidade geográfica.	10%		
<input type="checkbox"/> 6. Grau de dependência.	10%		
Em caso de empate, terá prioridade de admissão o utente com inscrição mais antiga.	Total:		

Assinatura da Direção Técnica \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Validação Direção/MA \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



	<b>Declaração de Consentimento Recolha de Dados Pessoais RGPD</b>	<b>Anexo 2</b>
---	---	----------------

<b>IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:</b>	
<b>Nome:</b>	

Os dados pessoais facultados à Misericórdia de São Pedro do Sul, 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 digital.

Os dados pessoais recolhidos são confidenciais e apenas para uso da Misericórdia de São Pedro do Sul, sendo apenas transferidos a terceiros mediante solicitação expressa (escrita) do titular dos dados. 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, convencionase 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 Misericórdia de São Pedro do Sul, pelo que autorizo o tratamento dos dados pessoais fornecidos a esta instituição.

Assinatura dos titulares dos dados

Utente

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

Responsável/eis pelo utente

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



Tomei conhecimento:

Assinatura da Direção Técnica

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





		<b>Fim de Processo</b>	<b>Anexo 3</b>
---	---	------------------------	----------------

<b>IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:</b>	
<b>Nome:</b>	

Registo de Encerramento de Processo Individual.

Data de Fim de Contrato/saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

<b>Motivo da saída / encerramento do processo</b>	
	Não adaptação.
	Falecimento.
	Mudança de residência.
	Mudança para outra resposta social. Indicar qual: _____
	Desemprego / condições económicas família de suporte.
	Outro. Indicar: _____
	Juntou ofício / email ou outra comunicação a comunicar desistência (anexar o documento).

<b>Análise / Observações adicionais</b>

Assinatura da Direção Técnica \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tomada Conhecimento Direção/MA \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_