

CENTRO DE DIA DE SÃO PEDRO

FICHA DE INSCRIÇÃO

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

APRESENTAÇÃO:

DECISÃO:

ADMISSÃO:

[PREENCHER, COM LETRA MAIÚSCULA, OU ASSINALAR, CONSOANTE O CASO]

1. CANDIDATO

NOME _____ GÉNERO M F
DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____
BI/CC (N.º; DATA) _____ NIF _____ NISS _____
N.º UTENTE SNS _____ SUBSISTEMA/SEGURO SAÚDE; N.º BENEFICIÁRIO/APÓLICE _____
MORADA _____
EMAIL _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

2. REGIME DE ACOLHIMENTO

PERMANENTE TEMPORÁRIO – DURAÇÃO: _____ A _____

3. AUTONOMIA

SIM NÃO
(INDEPENDÊNCIA/DEPENDÊNCIA LIGEIRA)

4. FREQUÊNCIA DE OUTRO EQUIPAMENTO (FUNDAÇÃO SOPHIA)

SIM NÃO
QUAL: _____

5. SERVIÇOS

[INDICAR O N.º TOTAL DE QUADRADOS ABAIXO ASSINALADOS]

ALIMENTAÇÃO

HIGIENE E CONFORTO PESSOAL

PROGRAMA GERAL DE ANIMAÇÃO E
ENVELHECIMENTO ACTIVO

PROGRAMAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM

CONTROLO MÉDICO PERIÓDICO

TRATAMENTO DE ROUPA *

SERVIÇOS AO FIM-DE-SEMANA *

* ESTES SERVIÇOS DETERMINAM A MAJORAÇÃO DA
COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR NOS TERMOS DO
REGULAMENTO INTERNO

6. MOTIVAÇÃO DO PEDIDO DE ADMISSÃO

7. AGREGADO FAMILIAR/ REPRESENTANTES FAMILIARES OU OUTROS RESPONSÁVEIS

[SELECIONAR AS HIPÓTESES AGREGADO FAMILIAR, REPRESENTANTE FAMILIAR/OUTRO RESPONSÁVEL OU AMBAS, CONSOANTE O CASO]

1.º AGREGADO FAMILIAR REPRESENTANTE FAMILIAR/OUTRO RESPONSÁVEL RELAÇÃO _____

NOME _____

DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

BI/CC (N.º; DATA) _____ NIF _____

MORADA _____

EMAIL _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

2.º AGREGADO FAMILIAR REPRESENTANTE FAMILIAR/OUTRO RESPONSÁVEL RELAÇÃO _____

NOME _____

DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

BI/CC (N.º; DATA) _____ NIF _____

MORADA _____

EMAIL _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

3.º AGREGADO FAMILIAR REPRESENTANTE FAMILIAR/OUTRO RESPONSÁVEL RELAÇÃO _____

NOME _____

DATA NASCIMENTO _____ ESTADO CIVIL _____

BI/CC (N.º; DATA) _____ NIF _____

MORADA _____

EMAIL _____ TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

8. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

9. DECLARAÇÕES OBRIGATÓRIAS

O CANDIDATO E OS REPRESENTANTES FAMILIARES/OUTROS RESPONSÁVEIS DECLARAM, COM VERDADE E RIGOR:

NÃO PADECER O CANDIDATO DE QUADRO CLÍNICO INCOMPATÍVEL COM O ACOLHIMENTO, A NORMAL VIVÊNCIA NO CENTRO DE DIA OU O REGULAR FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

CONHECER A POLÍTICA DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS DA **FUNDAÇÃO SOPHIA** E, NOMEADAMENTE, QUE O TRATAMENTO DOS RESPECTIVOS DADOS, AÍ INCLUÍDA A SUA PARTILHA, É NECESSÁRIO, ENTRE OUTROS, À FORMAÇÃO E GESTÃO DO CONTRATO DE ACOLHIMENTO, À PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS E AO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÕES LEGAIS E CONTRATUAIS

10. DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (CÓPIAS)

CARTÃO DE CIDADÃO* DO CANDIDATO, DOS ELEMENTOS DO RESPECTIVO AGREGADO FAMILIAR E DOS REPRESENTANTES FAMILIARES/ OUTROS RESPONSÁVEIS OU

BILHETE DE IDENTIDADE*, CARTÃO DE CONTRIBUINTE E, NO CASO DO CANDIDATO, DE BENEFICIÁRIO DA SEGURANÇA SOCIAL E DE UTENTE DO SNS

** CASO O TITULAR NÃO CONSINTA NA REPRODUÇÃO DO DOCUMENTO, DEVE O MESMO SER EXIBIDO PARA RECOLHA DOS DADOS PERTINENTES*

CARTÃO DE BENEFICIÁRIO DE SUBSISTEMA OU SEGURO DE SAÚDE (CASO INDICADO)

COMPROVATIVO DAS MORADAS DE RESIDÊNCIA DO AGREGADO FAMILIAR E DOS REPRESENTANTES FAMILIARES/ OUTROS RESPONSÁVEIS

RELATÓRIO MÉDICO DESCRITIVO DO QUADRO CLÍNICO E CERTIFICADOS DE VACINAÇÃO DO CANDIDATO

DOCUMENTAÇÃO SOBRE A SITUAÇÃO PATRIMONIAL, RENDIMENTOS E DESPESAS MENSAIS FIXAS DO AGREGADO FAMILIAR

11. CONSENTIMENTOS

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PARA FINS DE DIVULGAÇÃO E PROMOÇÃO DE SERVIÇOS, ACTIVIDADES, EVENTOS E NOTÍCIAS

CANDIDATO:

SIM NÃO

1.º REPRESENT./RESPONS.:

SIM NÃO

2.º REPRESENT./RESPONS.:

SIM NÃO

[DATA] ____ DE _____ DE _____

[ASSINATURAS] **CANDIDATO:** _____

REPRESENTANTES FAMILIARES/ _____

OUTROS RESPONSÁVEIS: _____