

DATA \_\_\_\_\_

### FICHA DE ADMISSÃO

VALÊNCIA PRETENDIDA \_\_\_\_\_ VISITA DO CANDIDATO AO EQUIPAMENTO? SIM  NÃO

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

Nome pelo qual gosta de ser tratado: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Motivo do Pedido: \_\_\_\_\_

Responsável pela Admissão: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

O candidato ou seu representante legal concorda com os princípios, valores e normas regulamentares da Instituição: SIM  NÃO

A admissão é da vontade expressa do candidato ou do seu representante legal: SIM  NÃO

O candidato encontra-se numa situação de negligência/vulnerabilidade ou de maus tratos: SIM  NÃO

Contatos : \_\_\_\_\_

Última Profissão candidato: \_\_\_\_\_

Rendimentos: \_\_\_\_\_ Despesas: \_\_\_\_\_

Breve Situação Familiar/habitacional:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situação a Nível de Saúde:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades da vida diária? Sim  Não

Fundamento: \_\_\_\_\_

LUGAR DO CALDEIRÃO- FÃO

Telef. 253 986 300 / Fax: 253 982 206/ Email: [centrosocial@scmfao.pt](mailto:centrosocial@scmfao.pt)

### Para a Elaboração do PDI

Tipos de Atividades / Gostos/apetências:

---

---

---

Necessidades: \_\_\_\_\_

LIMITAÇÕES: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

Alimentação Aconselhada pelo Médico / Gostos do Utente:

---

---

---

Ajudas Técnicas: \_\_\_\_\_

### CÓPIA DE DOCUMENTOS ENTREGUES:

- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (**rasurado**)
- CASO TENHA REPRESENTANTE LEGAL/TUTOR - CÓPIA DO COMPROVATIVO
- CARTÃO DE CONTRIBUINTE
- N.I.S.S.
- CARTÃO DE SAÚDE
- COMPROVATIVO DE MORADA
- ÚLTIMA DECLARAÇÃO DE IRS + NOTA LIQUIDAÇÃO
- COMPROVATIVO DE REFORMA
- RELATÓRIO MÉDICO FAMILIA E/OU ESPECIALIDADE
- INDICAÇÃO TERAPÉUTICA + ATESTADO MÉDICO/histórico clínico
- Dec. Autorização RGPD + DEC. DE AUTORIZAÇÃO/NÃO AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM POR PARTE DA SCMFÃO
- Comprovativo de Despesa Mensal de Medicamentos de uso continuado, em caso de doença crónica
- Outros docs

---

---

LUGAR DO CALDEIRÃO- FÃO

Telef. 253 986 300 / Fax: 253 982 206/ Email: [centrosocial@scmfao.pt](mailto:centrosocial@scmfao.pt)

NA PRESENTE DATA, FORAM EXPLICADOS:

- Teor do Regulamento interno
- Teor do plano atividades e projeto
- Teor plano acolhimento
- Serviços da valência pretendida e as suas regras de funcionamento
- Exercício do dever de informação
- Deveres de tratamento de dados, que decorrem do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), e os direitos do titular dos dados previstos no mesmo.

ASSINATURA DO CANDIDATO \_\_\_\_\_

ASSINATURA REPRESENTANTE/FAMILIAR \_\_\_\_\_

<b>A PREENCHER PELO ESTABELECIMENTO</b>
Admitido <input type="checkbox"/> Data: ___ / ___ / _____ CRITÉRIO DE ADMISSÃO _____
NR PROCESSO ATRIBUIDO _____
MENSALIDADE ESTIPULADA _____
Lista de espera <input type="checkbox"/>
Não admitido <input type="checkbox"/> Motivo: _____
Pendente <input type="checkbox"/> <b>OBS</b> _____
O Técnico: _____ Data _____
P´LA MESA ADMINISTRATIVA _____ Data _____