



N.º DE PROCESSO	DATA DE RECEÇÃO ____/____/____	RECEBIDO POR	DATA DE INSCRIÇÃO ____/____/____
-----------------	-----------------------------------	--------------	-------------------------------------

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO			
NOME PELO QUAL PREFERE SER TRATADO		DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	IDADE
NATURALIDADE	NACIONALIDADE	SEXO - ORGANIZAÇÃO DO APOIO ☐ F ☐ M ☐ Outro / observações	
MORADA / LOCAL ONDE RESIDE ATUALMENTE			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDADE / CONCELHO	TELEFONE / TELEMÓVEL	EMAIL
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / VALIDADE	NIF	NISS	N.º SNS
SUBSISTEMA DE SAÚDE / N.º		UNIDADE DE SAÚDE / MÉDICO ASSISTENTE	

2. CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO

MODALIDADE PRETENDIDA ☐ Regular ☐ Temporária ☐ Período de apoio ao cuidador ☐ A avaliar	DATA PRETENDIDA ____/____/____
DIAS DE FREQUÊNCIA PRETENDIDOS ☐ Seg ☐ Ter ☐ Qua ☐ Qui ☐ Sex ☐ Sáb ☐ Dom ☐ A definir	
HORÁRIO / PERÍODO PRETENDIDO	TRANSPORTE ☐ Necessário ☐ Não necessário ☐ A avaliar
REFEIÇÕES PRETENDIDAS ☐ Pequeno-almoço ☐ Almoço ☐ Lanche ☐ Jantar ☐ Dieta especial	
APOIOS/SERVIÇOS A AVALIAR ☐ Atividades ☐ Apoio psicossocial ☐ Higiene pessoal ☐ Roupas ☐ Medicação ☐ Consultas/exames ☐ Enfermagem/médico	



MOTIVAÇÃO DO PEDIDO, NECESSIDADES PRIORITÁRIAS E GRAU DE URGÊNCIA

2. CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO | continuação

ORIGEM DO PEDIDO

☐ Próprio ☐ Família ☐ SAAS ☐ ISS ☐ Saúde ☐ Tribunal/MP ☐ Outra

ENTIDADE / SERVIÇO QUE SINALIZA

TÉCNICO RESPONSÁVEL

N.º DE PROCESSO EXTERNO

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE

☐ Pretende a integração ☐ Ainda não foi possível confirmar ☐ Não consegue expressar vontade

Se não puder expressar vontade, identificar a base legal de representação e juntar comprovativo.

Nota: A entrega desta ficha inicia a avaliação da candidatura. Não constitui reserva de vaga, promessa de admissão ou prioridade automática. A decisão depende da adequação da resposta, dos critérios aplicáveis, da existência de vaga/capacidade e da decisão competente.

3. REPRESENTAÇÃO E CONTACTOS

REPRESENTANTE LEGAL / ACOMPANHANTE

RELAÇÃO COM O CANDIDATO

QUALIDADE / PODERES

☐ Representante legal ☐ Acompanhante judicial ☐ Procurador ☐ Sem representação formal

PROCESSO / DECISÃO / VALIDADE DOS PODERES

MORADA DO REPRESENTANTE

TELEFONE / EMAIL

PESSOA DE REFERÊNCIA / CONTACTO DE EMERGÊNCIA

PARENTESCO / RELAÇÃO

TELEFONE / EMAIL

Importante: Pessoa de referência, familiar, cuidador ou responsável contratual não equivale a representante legal. A assinatura em nome do candidato exige documento que demonstre poderes bastantes.

4. SITUAÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E HABITACIONAL

SITUAÇÃO ATUAL

☐ Vive só ☐ Com família ☐ Com cuidador ☐ Resposta provisória ☐ Hospital ☐ Outra

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO / CONVIVENTES

CUIDADOR PRINCIPAL E DISPONIBILIDADE



RETAGUARDA FAMILIAR

☐ Inexistente ☐ Insuficiente ☐ Ocasional ☐ Regular

TEMPO DIÁRIO EM ISOLAMENTO / PERÍODOS CRÍTICOS

REDE DE SUPORTE, RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS E CONTACTOS RELEVANTES

APOIOS ATUALMENTE PRESTADOS E RESPECTIVA FREQUÊNCIA

4. SITUAÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E HABITACIONAL | continuação

RISCOS IDENTIFICADOS E MEDIDAS JÁ ADOTADAS Ex.: quedas, negligência, desorientação, ausência de alimentação/cuidados.

OBJETIVOS ESPERADOS COM A FREQUÊNCIA DO CENTRO DE DIA

5. INFORMAÇÃO DE SAÚDE E PERFIL FUNCIONAL | informação atual e relevante

Proteção reforçada: Os dados de saúde devem limitar-se ao necessário para avaliar a adequação e segurança dos serviços. Sempre que possível, remeter relatórios por canal protegido.

MÉDICO ASSISTENTE / UNIDADE DE SAÚDE

CONTACTO INSTITUCIONAL

DATA DO RELATÓRIO CLÍNICO

___/___/___

DIAGNÓSTICOS RELEVANTES, ALERGIAS E ANTECEDENTES CLÍNICOS

MOBILIDADE

☐ Autónoma ☐ Bengala/andarrilho ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamada ☐ Ajuda nas transferências

ESTADO COGNITIVO / COMUNICAÇÃO

☐ Sem alteração relevante ☐ Défice ligeiro ☐ Demência diagnosticada ☐ Desorientação/confusão ☐ Dificuldade de comunicação

ATIVIDADE	AUTÓNOMO	SUPERVISÃO	AJUDA PARCIAL	AJUDA TOTAL
Alimentação	☐	☐	☐	☐
Higiene pessoal / banho	☐	☐	☐	☐



ATIVIDADE	AUTÓNOMO	SUPERVISÃO	AJUDA PARCIAL	AJUDA TOTAL
Vestir / despir	☐	☐	☐	☐
Utilização do WC	☐	☐	☐	☐
Continência	☐	☐	☐	☐
Toma de medicação	☐	☐	☐	☐

ALIMENTAÇÃO

☐ Normal ☐ Adaptada ☐ Diabética ☐ Hipossódica ☐ Disfagia ☐ Sonda ☐ Outra

MEDICAÇÃO / APOIO NECESSÁRIO

☐ Autónomo ☐ Preparação por terceiro ☐ Lembrete/supervisão ☐ Administração por profissional habilitado

NECESSIDADES COMPORTAMENTAIS, EMOCIONAIS OU DE SEGURANÇA Indicar apenas comportamentos observados, frequência, fatores desencadeantes e medidas eficazes.

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA | valores mensais líquidos

RENDIMENTO / ENCARGO	VALOR (€)	COMPROVATIVO
Pensão/pensões		☐ Anexo
Complemento por dependência / PSI / outros apoios		☐ Anexo
Outros rendimentos do candidato		☐ Anexo
Rendimentos relevantes do agregado familiar		☐ Anexo
Despesas de saúde e medicação		☐ Anexo
Renda/prestação de habitação e outros encargos relevantes		☐ Anexo

N.º DE ELEMENTOS DO AGREGADO	PESSOA/ENTIDADE PARA ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS	TELEFONE / EMAIL
------------------------------	---	------------------

7. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

- | | |
|---|--|
| ☐ Ficha preenchida e assinada
☐ Identificação do candidato (exibição/cópia quando necessária)
☐ NIF, NISS e n.º SNS
☐ IRS e nota de liquidação
☐ Comprovativos de pensões/rendimentos
☐ Comprovativos de despesas relevantes | ☐ Relatório médico/funcional atualizado
☐ Lista de medicação/prescrição
☐ Relatório social, quando aplicável
☐ Documentos de representação/acompanhamento
☐ Identificação do representante legal, quando necessária
☐ Outros: _____ |
|---|--|



8. DECLARAÇÕES E ASSINATURAS

Declaração: Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, comprometendo-me a comunicar alterações relevantes. Tomei conhecimento de que a candidatura será avaliada e de que a inscrição não garante vaga ou admissão.

QUEM ASSINA

☐ Candidato ☐ Representante legal/acompanhante com poderes ☐ Entidade sinalizadora (na sua qualidade)

NOME LEGÍVEL

QUALIDADE EM QUE ASSINA

ASSINATURA

DATA

____ / ____ / ____

9. INFORMAÇÃO SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Responsável pelo tratamento: Santa Casa da Misericórdia de Amieira do Tejo, NIPC 501 626 492, Rua Dr. Donato, 15, 6050-141 Amieira do Tejo. Contacto geral: amieira@ump.pt. Contacto RGPD: rgpd@scmameiradotejo.pt.

Finalidades: Analisar a candidatura; realizar avaliação social, administrativa, funcional e das necessidades de apoio; gerir a lista de candidaturas e contactos; instruir eventual admissão, contrato e processo individual; cumprir obrigações legais e de cooperação.

Fundamento e dados de saúde: O tratamento assenta, consoante a situação, em diligências pré-contratuais solicitadas pelo candidato ou representante, cumprimento de obrigações legais e prestação/gestão de cuidados sociais ou de saúde. Os dados de saúde são tratados apenas quando necessários, com acesso restrito e salvaguardas adequadas.

Destinatários e conservação: Os dados apenas são acedidos por profissionais autorizados e podem ser comunicados ao ISS, I.P., entidades públicas competentes ou prestadores de saúde quando necessário e legalmente admissível. São conservados durante o período necessário à candidatura/lista de espera e pelos prazos legais e internos aplicáveis.

Direitos: O titular ou representante pode solicitar acesso, retificação, limitação, oposição ou apagamento, quando aplicável, através do contacto RGPD. Pode ainda reclamar junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Não são tomadas decisões de admissão exclusivamente automatizadas.

☐ Tomei conhecimento da informação sobre proteção de dados pessoais.

ASSINATURA DO CANDIDATO/REPRESENTANTE

DATA

____ / ____ / ____