



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 ALOJAMENTO ☐ 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 ☐ Permanente ☐ Temporária ☐ Descanso do cuidador	DATA PRETENDIDA / LIMITE ____/____/____
ORIGEM DO PEDIDO ☐ Próprio ☐ Família ☐ SAAS ☐ ISS ☐ Saúde ☐ Tribunal/MP ☐ Outra	
MOTIVOS PRINCIPAIS ☐ Dependência ☐ Isolamento ☐ Insegurança ☐ Sem retaguarda familiar ☐ Habitação inadequada ☐ Exaustão/ausência do cuidador ☐ Outro	
FUNDAMENTAÇÃO DO PEDIDO E GRAU DE URGÊNCIA	



RESPOSTA / LOCAL ONDE SE ENCONTRA ATUALMENTE

DATA PREVISTA PARA CESSAÇÃO DA
RESPOSTA ATUAL

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 permite iniciar a avaliação. Não constitui reserva de vaga, promessa de admissão, prioridade automática ou direito à integração.

3. ENTIDADE SINALIZADORA, REPRESENTAÇÃO E CONTACTOS

ENTIDADE / SERVIÇO QUE SINALIZA

TÉCNICO RESPONSÁVEL

TELEFONE

EMAIL INSTITUCIONAL

N.º DE PROCESSO EXTERNO

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 ou cuidador não equivale a representante legal. Quando alguém assina em nome do candidato deve juntar documento que demonstre os respetivos poderes.

4. SITUAÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E HABITACIONAL

SITUAÇÃO ATUAL

☐ Vive só ☐ Com família ☐ Com cuidador ☐ Instituição/resposta provisória ☐ Hospital ☐ Outra

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO / CONVIVENTES

CUIDADOR PRINCIPAL E DISPONIBILIDADE

RETAGUARDA FAMILIAR

☐ Inexistente ☐ Insuficiente ☐ Ocasional ☐ Regular

CONDIÇÕES HABITACIONAIS

☐ Adequadas ☐ Barreiras ☐ Insalubridade ☐ Risco de
segurança



REDE DE SUPORTE, RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS E CONTACTOS RELEVANTES

APOIOS ATUALMENTE PRESTADOS E RESPECTIVA FREQUÊNCIA

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

PLANO DE TRANSIÇÃO E ACOMPANHAMENTO APÓS EVENTUAL ADMISSÃO

LIGAÇÃO A AMIEIRA DO TEJO / CONCELHO DE NISA / SCMAT

PREVISÃO DE VISITAS E MANUTENÇÃO DE VÍNCULOS

RELATÓRIO SOCIAL

☐ Anexo ☐ A remeter ☐ Não aplicável

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

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

MÉDICO ASSISTENTE / UNIDADE DE SAÚDE

CONTACTO INSTITUCIONAL

DATA DO RELATÓRIO CLÍNICO

___ / ___ / ____

DIAGNÓSTICOS RELEVANTES E ANTECEDENTES CLÍNICOS

HOSPITALIZAÇÕES / EPISÓDIOS RECENTES

ALERGIAS / INTOLERÂNCIAS

MOBILIDADE

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



5. INFORMAÇÃO DE SAÚDE E PERFIL FUNCIONAL | continuação

ESTADO COGNITIVO / COMUNICAÇÃO

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

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

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

ALIMENTAÇÃO

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

CONTINÊNCIA

☐ Continente ☐ Incontinência urinária ☐ Incontinência fecal ☐ Dispositivo / ostomia

INTEGRIDADE CUTÂNEA

☐ Sem lesões ☐ Ferida ☐ Úlcera de pressão ☐ Tratamento em curso

CUIDADOS DE ENFERMAGEM, TRATAMENTOS, DISPOSITIVOS E AJUDAS TÉCNICAS

MEDIDAS ESPECIAIS DE PREVENÇÃO, VIGILÂNCIA OU ISOLAMENTO ATUALMENTE PRESCRITAS

DOCUMENTOS CLÍNICOS

☐ Relatório médico ☐ Lista de medicação ☐ Escala funcional ☐ Plano de cuidados ☐ Outros anexos

6. SITUAÇÃO ECONÓMICA | valores mensais líquidos

RENDIMENTO / ENCARGO	VALOR (€)	COMPROVATIVO
Pensão/pensões		☐ Anexo
Complemento por dependência / CSI / outros apoios		☐ Anexo
Outros rendimentos do candidato		☐ Anexo



RENDIMENTO / ENCARGO	VALOR (€)	COMPROVATIVO
Rendimentos relevantes do agregado familiar		☐ Anexo
Despesas de saúde e medicação		☐ Anexo
Renda/prestação de habitação e outros encargos relevantes		☐ Anexo

PESSOA/ENTIDADE A CONTACTAR PARA ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS	TELEFONE / EMAIL
---	------------------

7. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

☐ Ficha preenchida e assinada ☐ Documento de identificação do candidato ☐ NIF, NISS e n.º SNS ☐ Comprovativos de rendimentos/pensões ☐ Comprovativos de despesas relevantes ☐ Relatório social atualizado	☐ Relatório médico/funcional atualizado ☐ Lista de medicação ☐ Decisão judicial/Ministério Público ☐ Sentença de maior acompanhado/procuração ☐ Identificação do representante legal ☐ 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 objeto de avaliação 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@scmamieiradotejo.pt.

Finalidades: Analisar a candidatura; realizar avaliação social, administrativa, funcional e de necessidades de cuidados; gerir a lista de espera 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, nos termos dos artigos 6.º e 9.º do RGPD e da legislação aplicável.

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. Serão 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

____ / ____ / ____