

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

(A preencher pelo serviço)

### 1. Dados de Identificação do Candidato

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

Nome de tratamento: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Dia de comemoração do Aniversário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

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

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_ Antiga Profissão: \_\_\_\_\_

B.I/CC.: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

Nº Utente SNS: \_\_\_\_\_ Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome do Médico Assistente: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### 2. Pedido de Admissão

2.1. Encaminhado por outra Entidade?  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

2.2. Proposta de Admissão:  Permanente  Temporária \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2.3. Fundamentação (agravamento de situação de saúde, risco de isolamento, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Informação Médica

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3.1. Observações Adicionais

Utilização de Próteses:  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Utilização de Produtos de Apoio:  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Dieta Prescrita:  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

### 4. Composição do Agregado Familiar

	Nome do Elemento	Parentesco	Data de Nascimento	Situação Profissional
1	<i>Utente</i>	-----	-----	-----
2			__/__/____	
3			__/__/____	
4			__/__/____	
5			__/__/____	
6			__/__/____	

### 5. Serviços Solicitados:

- Transporte (Para o Centro)  Transporte (Para o Domicílio)
- Alimentação (Almoço)  Alimentação (Lanche)  Alimentação Extra \_\_\_\_\_
- Higiene Pessoal  Tratamento de Roupas
- Administração de Medicação  Atividades Ocupacionais
- Acompanhamento em Deslocações Externas \_\_\_\_\_
- Transporte Extraordinário \_\_\_\_\_

**5.1. Informações Adicionais** (apoio nas deslocações aos sanitários, medicação/tratamento, autorização para deslocações ao exterior, acesso à habitação (degraus, elevador, rampa, etc.), acompanhamento nas refeições, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 6. Frequência dos Serviços:

- De 2ª a 6ª Feira  Outra. Qual? \_\_\_\_\_

#### 6.1. Observações:

---

---

---

## 7. Instrução do Processo (A preencher pelo serviço)

### 7.1. Documentação entregue:

#### Documentos de Identificação para Instrução do Processo:

- Fotocópia do Bilhete de Identidade do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do número de Identificação Fiscal (NIF) do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do cartão de beneficiário da Segurança Social do utente e do representante legal, quando aplicável;
- Fotocópia do cartão de utente do Sistema Nacional de Saúde ou de outro subsistema a que pertença;

#### Comprovativos dos Rendimentos do Utente e do Agregado Familiar

- Fotocópia da Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação/ Certidão de dispensa de entrega
- Comprovativo de valor anual/mensal auferido de prestações sociais (exceto as atribuídas por encargos familiares e por deficiência);
- Bolsas de estudos e formação (exceto as atribuídas para frequência e conclusão, até ao grau de licenciatura);
- Rendimentos Prediais;
- Rendimentos de capitais;
- Outras fontes de rendimento;

#### Comprovativos das Despesas Mensais do Utente e do Agregado Familiar

- Comprovativo do valor da renda de casa ou de prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria e permanente;
- Comprovativo de despesas médias mensais com transportes públicos para deslocações para o trabalho e/ou escola;
- Declaração com as despesas mensais de saúde e com a aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica;

#### Outros:

- Boletim de vacinas;
- Relatório médico atualizado, descritivo da sua situação clínica, o tipo de dependência nas atividades de vida diária e restrições alimentares;
- Tabela de Medicação e Indicação Terapêutica;
- Declaração de consentimento de divulgação de imagem e de informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo, de acompanhamento e de encaminhamento social;

Outros: \_\_\_\_\_

## 8. Dados da(s) Pessoa(s) Significativa(s) e Contactos de Emergência:

↳ **Nome do Co-Responsável:** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relação de Parentesco: \_\_\_\_\_

B.I./CC.: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ NISS: \_\_\_\_\_

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

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone (Casa/Trab.): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Telemóvel:** \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

↳ **Nome :** \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relação parentesco: \_\_\_\_\_

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

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone (Casa/Trab.): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Telemóvel:** \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**9. Admissibilidade da Candidatura** (A preencher pelo Serviço)**9.1. Matriz de Ponderação e Pontuação**

Critérios	Ponderação (1 a 9)			Pontuação
	Área de residência	Área circundante do CSPAMMM	Algueirão – Mem Martins Mercês	
	9	7	6	
Rede de Suporte	Isolamento Social	Cuidadores Ocasionalis*	Suporte Familiar	
	8	6	5	
Situação Socioeconómica	Rendimento <i>per capita</i> inferior a 250€	Rendimento <i>per capita</i> entre 250€ a 400€	Rendimento <i>per capita</i> superior a 400€	
	7	5	4	
Grau de dependência Física e Mental	Dependência Moderada	Dependência	Grande Dependência	
	6	4	3	
Idade	Mais de 75	Entre 65 e 75	Menos de 65	
	5	2	1	
Data de Inscrição	Mais de 1 mês	1 Mês	Menos de 1 mês	
	5	2	1	
Ligação com o CSPAMMM	Familiar frequente outra resposta do CSPAMMM	Relação próxima com o Centro (“Amigos do Centro”, utente de ginástica, etc.)	Funcionário, voluntário, etc.**	
	5	2	1	
<b>Total</b>				

\* Cuidadores ocasionais (filhos, empregada pontual).

\*\* Funcionário (ou familiar em 1º grau), voluntário (ou familiar em 1º grau), ex. funcionário (ou familiar em 1º grau) ou ex. voluntário (ou familiar em 1º grau).

**9.2. Candidatura Admissível: (A preencher pelo Serviço)** Sim Não - Motivo: \_\_\_\_\_**9.2.1. Encaminhamento:**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Técnico(a) Responsável: \_\_\_\_\_

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