



Ficha de Pré-Inscrição | Admissão
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)

Data de Inscrição ____ / ____ / ____

Nº de Entrada: _____

(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

Nº Processo: _____

(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

1. Identificação do Residente

Nome: _____

Nome pelo qual quer ser tratado: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Contato Telefónico: _____

Email: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ NIF: _____

BI / C.C.: _____ Data Validade ____ / ____ / ____

Nº Beneficiário: _____ NISS: _____

Nº Utente: _____ Subsistema Saúde: _____

Habilitações Literárias: _____ (Ex)Profissão: _____

Pensionista: Velhice ☐ Invalidez ☐ Sobrevivência ☐ Social ☐ Estrangeira ☐

Prestações Sociais: Compl. Social Idoso ☐ Compl. por Dependência ☐

Prest. Soc. Inclusão ☐

2. Situação Familiar

Nome do Familiar/ Representante Legal: _____

Grau de Parentesco: _____

Morada: _____

BI / C.C.: _____ Data Validade ____ / ____ / ____

NIF: _____

Contactos Telefónicos: _____

Contacto Eletrónico: _____

Nome do Familiar/ Representante Legal: _____

Grau de Parentesco: _____

Morada: _____

BI / C.C.: _____ Data Validade ____ / ____ / ____

NIF: _____

Contactos Telefónicos: _____

Contacto Eletrónico: _____

2.1. Contrato de Prestação de Serviços

Nome ou Nomes que constarão no Contrato de Prestação de Serviços:

Nome: _____

Nome: _____

2.2. Contactar em Caso de Emergência

Nome: _____

Contacto: _____

Nome: _____

Contacto: _____

2.3. Outras Pessoas Próximas

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

3. Situação Habitacional Atual

Com quem Vive: Sozinho ☐ Acompanhado ☐

Tipo de Habitação: Própria ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐

Condições Habitacionais: Adequadas ☐ Inadequadas ☐

Centro Social S. Pedro de Vilar do Paraíso | Paraíso Solidário
Rua Dr. António Vale, 191 - 4405-856 Vilar do Paraíso | 227116168 | 96 8561681
NIF: 504421395
geral@csspvp.org | www.csspvp.org

Motivo do Pedido: Dependência ☐ Isolamento ☐ Saúde ☐ Incapacidade do cuidador ☐

Tem alguém que seja da sua relação próxima a frequentar esta Instituição?

Sim ☐ Não ☐ Parentesco/ Relação _____

Nome: _____

Resposta Social: _____

4. Rede Social de Suporte

O Candidato foi encaminhado por outra Organização?

Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

Já usufrui dos serviços ou/está integrado em:

Centro de Dia ☐

Identifique qual a Organização: _____

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

Identifique qual a Organização: _____

Estrutura Residencial ☐

Identifique qual a Organização: _____

Outro Serviço ☐

Identifique qual a Organização: _____

5. Situação de Saúde

Unidade de Saúde: _____

Médico de Família e/ou Especialidade: _____

O Candidato necessita de auxílio de terceiros nas atividades básicas de vida diária?

Sim ☐ Não ☐

O Candidato necessita de auxílio de terceiros nas atividades instrumentais de vida diária?

Sim ☐ Não ☐

O Candidato utiliza ajudas técnicas ou tecnologias de apoio?

Sim ☐ Quais? _____ Não ☐

O Candidato apresenta mudanças nas funções do corpo?

Sim ☐ Quais? _____ Não ☐

O Candidato apresenta perturbações neurocognitivas?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu, Sim:

- ☐ Doença de Alzheimer ☐ Doença de Corpos de Lewy
☐ Doença de Parkinson ☐ Outros: _____

Grau de dependência: Autônomo ☐ Parcialmente Dependente ☐ Dependente ☐

Faz Medicação Diária? Sim ☐ Não ☐

Prescrição Médica e Guia de Tratamento Atualizado: Sim ☐ Não ☐

Necessidade Diária de Cuidados de Enfermagem: Sim ☐ Não ☐

Alergias alimentares ou medicamentosas:

Sim ☐ Quais? _____ Não ☐

Dieta específica:

Sim ☐ Qual? _____ Não ☐

Existência de Relatório Médico Atualizado: Sim ☐ Não ☐

Existência de Boletim de Vacinas Atualizado: Sim ☐ Não ☐

Comprovativo médico que ateste que o candidato não é portador de doença infetocontagiosa: Sim ☐ Não ☐

Causa (s) das incapacidades (s):

☐ Congénita (s) _____

☐ Adquirida (s) _____

6. Regime de Frequência Pretendido:

- ☐ Com acordo da Segurança Social ☐ Sem acordo (regime particular)

7. Tipologia de Alojamento

Tipologia de Quarto Pretendida:

- ☐ Quarto Individual
☐ Quarto Duplo
☐ Quarto Duplo com Suite
☐ Quarto Triplo
☐ Quarto de Casal
☐ Indiferente quanto à Tipologia

Nota técnica: A indicação da tipologia de quarto não garante a sua disponibilidade imediata, ficando a admissão dependente das vagas existentes.

8. Serviços Complementares

(Indicar os serviços complementares de carácter facultativo, sujeitos a disponibilidade e tabela de preços em vigor)

- ☐ Serviço de Cabeleireiro
- ☐ Serviço de Estética
- ☐ Serviço de Podologia
- ☐ Acompanhamento e transporte a consultas médicas, hospitalares e exames como meio de diagnóstico
- ☐ Aquisição de medicação e suplementos alimentares
- ☐ Aquisição de produtos de incontinência, materiais de enfermagem e ajudas técnicas
- ☐ Transporte de ambulâncias ou outro meio de transporte (Táxi, Uber)
- ☐ Fisioterapia e reabilitação individual prescrita pelo médico

9. Componente Técnica

(A PREENCHER PELOS SERVIÇOS)

A Estrutura Residencial ajusta-se às necessidades do Candidato?

Sim ☐

Não ☐

Admissível: Sim ☐ Não ☐ Justificação: _____

10. Verificação de Documentos

Os dados pessoais constantes na presente ficha foram recolhidos mediante apresentação e verificação dos seguintes documentos:

- ☐ BI/CC
- ☐ NIF
- ☐ Cartão de Utente
- ☐ NISS
- ☐ Beneficiário
- ☐ Outros: _____

11. Assinaturas

Residente: _____

Data: ____/____/____

Familiar ou Representante Legal: _____

Familiar ou Representante Legal: _____

Data: ____/____/____

Instituição: _____

Data: ____/____/____

Lista de Documentos, a apresentar na Admissão, por indicação técnica:

1. O residente deve fazer prova das declarações efetuadas, e a fim de abrir processo, mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - 1.1 – Bilhete de Identidade do utente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.2 – Cartão de contribuinte do residente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.3 – Cartão de beneficiário da Segurança Social do residente e do representante legal, quando necessário;
 - 1.4 – Cartão de utente dos serviços de saúde ou de subsistemas a que o residente pertença;
 - 1.5 – 2 Fotografias;
 - 1.6 – Boletim de Vacinas e Relatório Médico, comprovativo da situação clínica do residente, e respetiva guia de tratamento;
 - 1.7 – Comprovativo médico que ateste que o candidato não é portador de doença infetocontagiosa;
 - 1.8 – Declaração da farmácia – despesa com a aquisição de medicamentos de uso confirmado em caso de doença crónica, ou as últimas faturas da farmácia em nome do residente, relativas aos 3 últimos meses;
 - 1.9 – Comprovativos dos rendimentos do residente e do agregado familiar;
 - 1.10 – Comprovativos das despesas do residente e do agregado familiar (renda de casa, medicamentos e fraldas);
 - 1.11 – Declaração assinada pelo residente e do representante legal, quando necessário, em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração de processo do residente, se necessário;
 - 1.12 – As inscrições podem ser feitas pelo próprio residente ou pelas pessoas que o tiverem a cargo;
 - 1.13 – Declaração de autorização de divulgação, para diversos fins públicos e privados, de todos os registos fotográficos produzidos no âmbito da Instituição e do Projeto Social “Paraíso Solidário”.
2. A inscrição e entrega dos documentos probatórios referidos no número anterior deverão ser entregues no período das 09h00 às 12h e das 14h às 17h30 na secretaria do C.S.S.P.V.P.