

**Data Fecho do Processo:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Desistência, motivo:**

Falecimento

Outra, Qual \_\_\_\_\_

Ficha de Inscrição N°: \_\_\_\_\_

Data do Pedido de Internamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N°. Processo Social: \_\_\_\_\_

## Identificação Pessoal

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

Filiação: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

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

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação n°: \_\_\_\_\_ N° Contribuinte: \_\_\_\_\_

N° Segurança Social: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

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

Telemóvel. \_\_\_\_\_

## Dados Profissionais

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Profissão que Exercia: \_\_\_\_\_

## Observações

## Dados sobre a Saúde

### Qual o Sub Sistema de Saúde:

S.N.S.   
ADSE   
Outro  Qual: \_\_\_\_\_

Número de Utente: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde a que recorre habitualmente: \_\_\_\_\_

Médico de Família: \_\_\_\_\_ Outro Médico assistente: \_\_\_\_\_

### Problemas de Saúde:

Reumáticos:	<input type="checkbox"/>	Respiratórios:	<input type="checkbox"/>
Ósseos:	<input type="checkbox"/>	Aparelho Locomotor:	<input type="checkbox"/>
Génito-Urinários	<input type="checkbox"/>	Limitações físicas incapacitantes:	<input type="checkbox"/>
Circulatórios:	<input type="checkbox"/>	Infecto-Contagiosas	<input type="checkbox"/>
Aparelho Digestivo:	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Cardíacos:	<input type="checkbox"/>	Cancerígenas:	<input type="checkbox"/>
Neurológicos:	<input type="checkbox"/>	Demência:	<input type="checkbox"/>
Alergias:	<input type="checkbox"/>	Padrões de Sono:	<input type="checkbox"/>
Depressivos:	<input type="checkbox"/>	Auditivos:	<input type="checkbox"/>
Visão:	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>

Última vez que foi ao médico: \_\_\_\_\_

Última vez que fez análises: \_\_\_\_\_

**Deficiências / Incapacidades:**

Motora:       Visual:       Auditiva:   
Verbal:       Mental:       Outra:

Observações: \_\_\_\_\_

**Causas:**      Congénita:   
                    Adquirida:

**Avaliação Sumária da Funcionalidade do Candidato/a:**

	<u>Autónomo</u>	<u>Necessita de Apoio Pontual</u>	<u>Necessita de Apoio Permanente</u>
Banho .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de imagem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir ao WC .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentação .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilidade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento ao Exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma terapêutica .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocupação de Tempos Livres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Limitação na participação nas Actividades de Grupo? \_\_\_\_\_

**Actividades de Ocupação**

Como costuma ocupar o seu tempo livre? \_\_\_\_\_

O que gostaria de fazer para ocupar o seu tempo livre na Instituição? \_\_\_\_\_

## Situação Económica

### Receitas:

Tipo	Montante
Pensão Social por Invalidez	
Pensão Social	
Reforma por Invalidez	
Reforma	
Subsídio Assistência de 3ª Pessoa	
Pensão de Sobrevivência	
Outros	

Rendimento Disponível: \_\_\_\_\_

## Situação Social

Foi encaminhado/a por outra Instituição:

Sim:  Qual: \_\_\_\_\_

Não:

Motivos do Pedido de Internamento:

Saúde  Dependência

Dificuldades Económicas  Habitação Degradada

Problemas Familiares  Isolamento

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

Já esteve/está noutra Instituição?

Sim:  Qual? \_\_\_\_\_ Pessoa de Contacto: \_\_\_\_\_

Não:

Que tipo de serviço usufrui:

Lar:  Centro de Dia:  Apoio Domiciliário:  Outro:

Com que periodicidade:

Diário e Permanente:  Diário Pontual:  Pontual:  Inexistente:

### Situação Familiar

Tem família? Sim  Não

Tem filhos? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

Nome	Idade	Ocupação

Outros Familiares mais próximos: \_\_\_\_\_

Com quem habita actualmente:

Vive só  Vive com marido/esposa  Vive com o(s) filho(s)

Vive com outros familiares  Quem? \_\_\_\_\_

Tem alguém da sua relação próxima a frequentar este estabelecimento:

Sim:  Quem? \_\_\_\_\_

Não:

## Contactos

### Responsável pelo Internamento:

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

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ T.M. : \_\_\_\_\_

---

---

### Outros Familiares ou Amigos de Contacto:

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

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

T.M. \_\_\_\_\_

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

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

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

T.M. \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO, PROTEÇÃO E PROCESSAMENTO DOS DADOS PESSOAIS

De acordo com a legislação aplicável sobre proteção de dados pessoais e com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da Comissão europeia - 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia, de 27 de abril de 2016, a Cáritas Diocesana de Lisboa informa que, todos os dados solicitados têm como finalidade a organização administrativa dos processos individuais dos residentes no Lar da Bafureira, a preservação dos seus interesses vitais, bem como o cumprimento das obrigações legais.

Dada a natureza da atividade do Lar da Bafureira, existe a necessidade de transferir os dados pessoais dos residentes, de acordo com a legislação em vigor, a outras entidades públicas ou privadas, para efeitos de obtenção de apoios sociais e para a melhor gestão dos processos, no interesse do residente.

O Interessado/Responsável pelo Internamento do residente têm o dever de manter atualizados os dados pessoais da presente ficha, devendo para tal dirigir-se ao Lar da Bafureira presencialmente ou por mail - [direcao.lar@caritalisboa.pt](mailto:direcao.lar@caritalisboa.pt) sempre que houver alterações.

Estes dados serão mantidos enquanto durar a relação do residente com a Cáritas e posteriormente enquanto for necessário legalmente, ou no mútuo interesse, e serão tratados de acordo com a política de privacidade da Cáritas Diocesana de Lisboa garantindo os direitos do Titular dos Dados.

Assinatura do Interessado/ Responsável pelo Internamento

\_\_\_\_\_

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

Qualquer contacto com a Caritas Diocesana de Lisboa no âmbito do processamento dos dados pessoais deverá ser dirigido à Diretora Técnica.

Contato Telefónico: 214 570 075 E-mail: [direcao.lar@caritalisboa.pt](mailto:direcao.lar@caritalisboa.pt)