

Data de Admissão: ____ de ____ de 20____

VRS ☐ Comparticipada ☐

Resposta Social: _____

Particular ☐

Cliente/Utente

Nome: _____

Morada: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ NISS: _____ Contribuinte N°: _____

C. Cidadão: _____ com validade: ____/____/____ SNS/Outros: _____

% Dependência: _____ email: _____ Contacto: _____

Agregado Familiar

N° elementos do Agregado Familiar: _____

Tem outros filhos inscritos na Instituição? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique a valência: _____

É funcionário(a) ou Irmão da Santa Casa? Sim ☐ Não ☐ Se sim, indique o serviço/n°: _____

Apoio Domiciliário - Tipo de Serviços

Higiene Pessoal: Geral ☐ (____ x Dia/Semana) **Fim de Semana:** 1 dia ☐ 2 dias ☐ C/Feriados ☐

Higiene da Habitação: Geral ☐ n° vezes ____ /Parcial (associada à H. Pessoal) ☐ **Teleassistência:** ☐

Alimentação: Geral ☐ Apoiada ☐ **Tratamento Roupa:** ☐ **Outro:** _____

Responsável pelo Utente:

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

NISS _____ Contribuinte _____ C. Cidadão _____ validade: ____/____/____

Contacto: _____ e-mail: _____ Relação Familiar: _____

Responsável pelo Utente:

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

NISS _____ Contribuinte _____ C. Cidadão _____ validade: ____/____/____

Contacto: _____ e-mail: _____ Relação Familiar: _____

Responsável pelo Utente:

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

NISS _____ Contribuinte _____ C. Cidadão _____ validade: ____/____/____

Contacto: _____ e-mail: _____ Relação Familiar: _____

Responsável pelo Utente:

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Morada: _____

NISS _____ Contribuinte _____ C. Cidadão _____ validade: ____/____/____

Contacto: _____ e-mail: _____ Relação Familiar: _____

Observações:

De acordo com o RGPD, a Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez, informa que os dados pessoais recolhidos neste modelo são única e exclusivamente para a gestão dos serviços solicitados pelo utente/cliente e destinam-se à elaboração do contrato, cálculo da mensalidade e troca de correspondência podendo estes dados ser entregues aos Serviços Públicos por força de disposição legal. Os dados serão armazenados pelo prazo definido na legislação aplicável.

Mais informa que tem os seguintes direitos:

- solicitar o acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento, portabilidade e oposição, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado bem como a ser informado em caso de violações de segurança;
- ser informado previamente e a pedido, sobre a intenção da utilização dos dados para outra finalidade que não a presente, informando quais os dados, a finalidade do tratamento e outra informação pertinente;
- apresentar reclamação à CNPD se considerar que os seus direitos foram violados.

Estes direitos podem ser exercidos através do email: dpo@scmav.pt

Declaro que os dados acima fornecidos são verdadeiros, sob pena de ser atribuído o escalão máximo na determinação da mensalidade.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

(Reservado aos Serviços Financeiros)

A Mensalidade de _____ foi calculada de acordo com o estabelecido no Regulamento Interno da valência ou por outro método previamente aprovado pela Mesa Administrativa.

Data: ____/____/____ A Diretora Financeira _____ O Provedor _____

Alimentação		Tratamento Roupa		Outros _____	
Higiene Pessoal		____ dia(s) Fim de Semana		Outros _____	
Higiene Habitacional		Teleassistência		Outros _____	
Compart. Familiar _____		Compart. Desc. _____		Compart. Desc. _____	
Compart. Familiar _____		Compart. Desc. _____		Compart. Desc. _____	

Contrato nº ____/____ realizado por _____ Data: ____/____/____

A Tesoureira _____ Cod. Entidades: ____/____/____/____ Data: ____/____/____

Tomei conhecimento do valor da Mensalidade de _____ em ____/____/____ Ass. _____