



EXMO. SENHOR PROVIDOR
DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA GOLEGÃ

REQUERIMENTO Inscrição de Utentes	
Processo N.º:	
Data:	
Validade:	Até
Assinatura:	

(a preencher pelos Serviços)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO:

(Se o(a) Requerente for o(a) Utente, preencha por favor apenas o campo "IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE")

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telemóvel: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

(Por favor, a indicação do endereço de correio eletrónico é muito importante)

Na qualidade de:

Descendente Direto Representante Legal Outro: _____

PRETENSÃO

Vem requerer a V.Ex.^a que aceite a inscrição do(a) utente abaixo identificado(a), para a prestação dos serviços sociais assinalados:

1- INTERNAMENTOS

INTERNAMENTO DEFINITIVO EM ERPI

INTERNAMENTO TEMPORÁRIO

Se colocou a opção em **INTERNAMENTO TEMPORÁRIO**, responda por favor ao seguinte:

Período de internamento (em meses): _____ Data de admissão pretendida: ____ / ____ / _____

2- OUTROS SERVIÇOS SOCIAIS

CENTRO DE CONVÍVIO/ACADEMIA SÉNIOR

CENTRO DE DIA

SERV.APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)

Se colocou a opção em **SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)**, assinale por favor os serviços pretendidos, abaixo indicados, pelo período de _____ dias / semana:

ALIMENTAÇÃO CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO HIGIENE HABITACIONAL SOCIALIZAÇÃO

TRATAMENTO DE ROUPAS TELEASSISTÊNCIA Outros: _____

IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE:

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Data Nascimento: ____ / ____ / _____ Natural de: _____ Est. Civil: _____

Valor da pensão: _____ Outros Rendimentos: _____

Telem.: _____ Telef.: _____ E-mail: _____



Qual é o subsistema de Saúde? SNS Outro: _____

Já é apoiado pela SCMG: SIM NÃO Se SIM, como? _____

O cônjuge do utente está inscrito na SCMG para internamento? SIM NÃO

Se SIM, N.º Processo: _____ e tipo de internamento? DEFINITIVO TEMPORÁRIO

O requerente facultou os seguintes documentos: a) Cartão do Cidadão b) Dec. Rendimentos

c) Outros: _____

MOTIVO DA INSCRIÇÃO:

Descreva sucintamente a situação do utente, fazendo referência ao seu quadro social e clínico:

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS | Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD – Regulamento (EU) 2016/679)

Toma conhecimento que, os seus dados pessoais são utilizados pela Santa Casa da Misericórdia da Golegã, enquanto responsável pelo tratamento, para a finalidade expressa no presente requerimento, bem como para fins estatísticos, e que pode exercer os direitos de informação, acesso, retificação, apagamento, limitação de tratamento, portabilidade, oposição e ser informado em caso de violação de segurança.

VALIDADE DA INSCRIÇÃO PARA INTERNAMENTOS

A inscrição tem a validade de **6 (seis) meses para Internamento Definitivo e 1 (um) mês para Internamento Temporário**, a partir da data de entrada deste requerimento nos Serviços Administrativos.

As inscrições perderão a validade caso não sejam revalidadas pelo requerente antes do término dos prazos antes mencionados, por igual período, e assim sucessivamente. A revalidação da inscrição deverá ser efetuada formas seguintes: **(não serão aceites revalidações por telefone)**

- por escrito, por correio eletrónico ou carta**, para os seguintes endereços: geral@misericordialogolega.pt ou Rua João de Deus, n.º 97, 2150-196 Golegã, dispensando-se preenchimento de qualquer impresso, desde que identifique com clareza o(a) utente e o(a) seu representante, se for o caso;
- a revalidação poderá ainda ser efetuada **através do preenchimento de impresso de REVALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO DE UTENTE**, disponível em www.misericordialogolega.pt ou nos nossos serviços, em versão impressa, e envio pelas vias constantes da alínea a), ou entregue pessoalmente nos Serviços Administrativos.

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE

No âmbito do presente requerimento, o(a) requerente declara;

- conhecer e aceitar os termos do tratamento de dados pessoais;
- não ter prestado falsas declarações e/ou informações sobre o(a) utente;
- revalidar a inscrição antes do término do prazo de validade, caso pretenda mantê-la, sob pena da sua extinção;

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____ / ____ / ____

Direção Técnica:	Provedor: