

Data de Admissão: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

VRS  Gratuitidade

Resposta Social: \_\_\_\_\_

Comparticipada  Particular

**Cliente/Utente**

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

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

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° Beneficiário: \_\_\_\_\_ N° Contribuinte: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

Contribuinte n° \_\_\_\_\_ C. Cidadão n°: \_\_\_\_\_ com validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Responsável pelo Utente:**

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

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

Contribuinte n° \_\_\_\_\_ C. Cidadão n°: \_\_\_\_\_ com validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Responsável pelo Utente:**

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

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

Contribuinte n° \_\_\_\_\_ C. Cidadão n°: \_\_\_\_\_ com validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Responsável pelo Utente:**

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

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

Contribuinte n° \_\_\_\_\_ C. Cidadão n°: \_\_\_\_\_ com validade: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_