



Centro Social e Paroquial de Santo Estêvão - Póvoa De Atalaia

Instituição Particular de Solidariedade Social

Documentação

No ato de inscrição o utente e/ou familiar deve apresentar:

Fotocópias:

- Cartão de Cidadão
ou
- Bilhete de Identidade
- Cartão de Contribuinte (NIF)
- Cartão de Beneficiário e/ou Pensionista (NISS)
- Cartão de Utente (SNS)
- Boletim de Vacinas
- Declaração Médica comprovativa da situação clínica do cliente, medicação e dietas, bem como aspetos relevantes para o seu melhor acompanhamento;
- Declaração Médica comprovativa de que o cliente não sofre de doença impeditiva para a frequência da resposta social;
- Valor da Pensão Social e/ou outras reformas (estrangeiro);
- Prova de despesa mensal fixa do utente e/ou agregado familiar (despesa fixa mensal de medicação gasta pelo utente-solicitar junto da Farmácia a respetiva declaração);
- Identificação do representante legal (fotocópia do bilhete de identidade/Nº de Contribuinte ou Cartão de Cidadão)
- Último IRS (caso o declare)
- Contacto (s): cliente e familiares ou pessoa significativa

A apresentação da documentação é obrigatória!



Centro Social e Paroquial de Santo Estêvão - Póvoa De Atalaia

Instituição Particular de Solidariedade Social

Solicitação de Declarações Médicas

Para efeitos de inscrição solicita-se as seguintes declarações médicas (documentos obrigatórios e exigidos pela segurança social a constarem no Processo Individual do Utente):

1. Conforme o utente **não tem doenças infectocontagiosas;**
2. Descrição da **Medicação que o utente toma e indicação terapêutica;**
3. Declaração com o **Historial completo de saúde**-Médico de família e/ou médico de especialidade (caso esteja a ser acompanhado em especialidade); doenças, intervenções, alergias;
4. Caso o utente tenha alguma **restrição alimentar**. Se o utente não tiver restrições, mencionar que não tem e que pode fazer uma alimentação normal. Se existir dieta, mencionar os alimentos que são contra-indicáveis à sua alimentação/saúde.

Observações:

Medicação atualizada a: ____/____/ 2019

Eu, (nome completo) _____, residente em _____, portador do CC nº _____, responsável por (nome do utente) _____, declaro que me responsabilizo pela medicação e indicação terapêutica acima indicada (Tabela).

Responsável: _____