



SEGURANÇA SOCIAL

## TERMO DE ACEITAÇÃO

### 1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) UTENTE

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social  N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento  ano  mês  dia

Morada

Localidade

Código postal  -

Telemóvel / Telefone  E-mail

Documento de Identificação válido  Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Autorização de Residência  Passaporte

Número  Validade  ano  mês  dia

### 2 IDENTIFICAÇÃO DO(A) REPRESENTANTE DO(A) UTENTE NA ASSINATURA DO TERMO DE ACEITAÇÃO

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social  N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento  ano  mês  dia

Telemóvel / Telefone  E-mail

Documento de Identificação válido  Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Autorização de Residência  Passaporte

Número  Validade  ano  mês  dia

Assinale com um  quem é a pessoa que representa o(a) utente:

Representante legal  Mãe/Pai do menor  Acompanhante, no âmbito do Regime Jurídico do Maior Acompanhado

Pessoa que o(a) representa e tem intenção de propor ação no âmbito do Regime Jurídico do Maior Acompanhado

Pessoa que propôs uma ação para ser nomeada acompanhante no âmbito do Regime Jurídico do Maior Acompanhado

### 3 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL (preencher apenas quando for o caso)

Designação

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel / Telefone  E-mail

N.º de Processo / Apólice

Percentagem de comparticipação do valor diário / visita a participar

**Nota:** Anexar a Declaração de assunção da responsabilidade da EFR validada pela ECL/ECR.

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços competentes Instituto da Segurança Social, I.P e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

O referido Instituto compromete-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados consulte o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

**4 DECLARAÇÕES**

<p>Declaro que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>fui informado(a) das intervenções de apoio social adequadas à minha situação e da proposta para admissão numa Unidade/Equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;</li> </ul>	Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de julho e Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, ambos na sua redação atual
<ul style="list-style-type: none"> <li>fui informado(a) dos cuidados de saúde e de apoio social que me serão prestados, dos seus efeitos e de qual a sua finalidade com vista à recuperação global da minha situação de dependência, enquanto me mantiver na Unidade/Equipa;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>me comprometo a pagar o valor diário de _____, euros, por cada dia/visita de prestação de cuidados pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social prestados;</li> </ul>	Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua redação atual
<ul style="list-style-type: none"> <li>fui informado(a) que o valor diário/visita pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social, da responsabilidade da Entidade Financeira Responsável identificada no <b>Quadro 3</b>, será pago por esta diretamente ao prestador de cuidados;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>fui informado(a) que o valor diário/visita da comparticipação da Segurança Social pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social é de _____ euros e que este é transferido diretamente para a instituição;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>fui informado(a) que o valor do rendimento do utente é superior ao valor do encargo da prestação dos cuidados de apoio social e que não haverá comparticipação por parte da Segurança Social;</li> </ul>	
<p>tomei conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>da obrigatoriedade de celebração do contrato de prestação de serviços;</li> </ul>	Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na sua redação atual / Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril
<ul style="list-style-type: none"> <li>que, o único valor que a Unidade/Equipa me pode cobrar, quanto aos cuidados, serviços de saúde e de apoio social que me serão prestados, é o valor diário que me comprometo a pagar. Todas as outras despesas, não enquadráveis nestes cuidados e serviços e por mim solicitados, são da minha exclusiva responsabilidade;</li> </ul>	Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, na sua redação atual
<ul style="list-style-type: none"> <li>que devo informar a Unidade/Equipa, sempre que se verifiquem alterações no agregado familiar, através do Requerimento, Mod CCI 2-DGSS, assim que as mesmas ocorrerem;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>que, se houver uma diminuição dos rendimentos do agregado familiar superior a 25%, posso requerer ao Diretor do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P., da minha área da residência, que sejam considerados os rendimentos dos últimos três meses para efeitos do apuramento dos rendimentos, através do Requerimento de Revisão dos Rendimentos do Agregado Familiar, Mod. CCI 2-DGSS;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>da obrigação anual da Prova de Rendimentos do agregado familiar até final do ano civil anterior;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>da dispensa da renovação da Prova de Rendimentos do agregado familiar quando a data de admissão na Unidade/Equipa ocorrer no último trimestre do ano civil;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>que os valores diários atrás indicados são revistos quando: <ul style="list-style-type: none"> <li>forem atualizados os preços dos cuidados de saúde e de apoio social, estabelecidos periodicamente em portaria;</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>houver alterações da composição do agregado familiar;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>ocorrer a renovação anual de rendimentos;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>houver uma diminuição de rendimentos do agregado familiar superior a 25%.</li> </ul>	
<p>Declaro, ainda que, se estiver a ser participado(a) pela Segurança Social, a mesma cessa quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;</li> <li>não renovar a prova de rendimentos nos termos acima referidos;</li> <li>não apresentar a declaração nos termos acima indicados;</li> <li>terminar, a meu pedido e em qualquer momento, os cuidados que me estavam a ser prestados. Neste caso fico responsável por eventuais pagamentos a que haja lugar, decorrentes do período de internamento/permanência na referida Unidade/Equipa.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Autorizo a minha admissão, aceito e cumpro os termos acima referidos.	
<input type="checkbox"/> Recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado(a) da sua adequação à minha situação de dependência.	
<p>_____ _____ _____ </p> <p>ano      mês      dia</p>	<p>_____</p> <p>O(A) Utente <sup>(1)</sup></p>
<p>_____ _____ _____ </p> <p>ano      mês      dia</p>	<p>_____</p> <p>O(A) Representante do(a) Utente <sup>(2)</sup></p>
<p>_____ _____ _____ </p> <p>ano      mês      dia</p>	<p>_____</p> <p>A Entidade <sup>(3)</sup></p>
	<p>_____</p> <p>O(A) Profissional <sup>(4)</sup></p>
<p><b>(1)</b> Assinatura conforme a do documento de identificação válido (Bilhete de Identidade, Cartão de Cidadão, Autorização de Residência ou Passaporte) ou, no caso de não saber assinar, impressão digital.</p>	
<p><b>(2)</b> Assinatura conforme a do documento de identificação válido (Bilhete de Identidade, Cartão de Cidadão, Autorização de Residência ou Passaporte).</p>	
<p><b>(3)</b> Identificar a Entidade.</p>	
<p><b>(4)</b> Assinatura legível do(a) Profissional que presta a informação e obtém o Termo de Aceitação do(a) utente.</p>	