



Dados do utente

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

 - -
ano mês dia

Morada

Localidade

Código Postal

 -

Freguesia

Concelho

Distrito

Telemóvel ou telefone

E-mail

Documento de identificação válido

Cartão de Cidadão

Bilhete de Identidade

Autorização de Residência

Passaporte

Numero

Validade

 - -
ano mês dia

Dados do representante do utente na assinatura do termo de aceitação

2

Assinale quem é a pessoa que representa o utente:

Representante legal

Mãe/Pai do menor

Acompanhante no âmbito do Regime Jurídico do Maior Acompanhado ¹

Pessoa que o representa e tem intenção de propôr 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

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel ou telefone

E-mail

¹ Se for acompanhante no âmbito do Regime Jurídico do Maior Acompanhado indicado por Instituição, passe ao [quadro 3](#)

Dados do acompanhante indicado por instituição (preencher apenas quando for o caso)

3

Nome da Instituição

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel ou telefone

E-mail

Nome do acompanhante indicado pela Instituição

Cargo

4

Dados da entidade financeira responsável (preencher apenas quando for o caso)

Designação

N.º de Identificação Fiscal

Telemóvel ou telefone

E-mail

N.º de Processo / Apólice

Percentagem de comparticipação do valor diário/visita

%

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

5

Declarações**Declaro** que:

- ▶ se estiver a ser comparticipado pela Segurança Social, a mesma cessa quando:
 - ▷ deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
 - ▷ terminar, a meu pedido e em qualquer momento, os cuidados que 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.

Fui informado:

- ▶ das intervenções de apoio social adequadas à situação e da proposta para admissão numa Unidade/Equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho e Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, versões atualizadas
- ▶ dos cuidados de saúde e de apoio social que 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;
- ▶ que o valor diário/visita pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social, da responsabilidade da Entidade Financeira Responsável identificada no [quadro 4](#), será pago por esta diretamente ao prestador de cuidados;
- ▶ 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;
- ▶ 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;

Comprometo-me:

- ▶ a pagar o valor diário de _____ euros, por cada dia/visita de prestação de cuidados pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social prestados;
Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, versão atualizada
Despacho n.º 12678/2023 de 12 de dezembro
- ▶ a pagar o valor diário de _____ euros, por cada dia/visita de prestação de cuidados pelos encargos decorrentes dos cuidados de apoio social prestados, pelo período de 30 dias no ano da admissão;
Portaria n.º 335-A/2023 de 3 de novembro, art. 3.º

Tenho conhecimento:

- ▶ da obrigatoriedade de celebração do contrato de prestação de serviços;
Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, versão atualizada e Portaria n.º 149/2011, de 8 de abril
- ▶ que o único valor que a Unidade/Equipa me pode cobrar, quanto aos cuidados, serviços de saúde e de apoio social que 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;
Portaria n.º 45/2021, de 24 de fevereiro, versão atualizada
- ▶ que devo informar a Unidade/Equipa, sempre que se verifiquem alterações no agregado familiar, através do Requerimento de Alteração dos Rendimentos do Agregado Familiar, [CCI 2](#), assim que as mesmas ocorrerem;
- ▶ que, se houver uma diminuição dos rendimentos do agregado familiar superior a 25%, posso pedir ao Instituto da Segurança Social, I.P. que sejam considerados os rendimentos dos últimos três meses para efeitos do apuramento da comparticipação, através do Requerimento de Alteração dos Rendimentos do Agregado Familiar, [CCI 2](#);
- ▶ da dispensa da atualização anual da comparticipação quando a data de admissão na Unidade/ Equipa ocorrer no último trimestre do ano civil anterior;
- ▶ que os valores diários atrás indicados são revistos quando:
 - ▷ houver alterações da composição do agregado familiar;
 - ▷ houver uma diminuição de rendimentos do agregado familiar superior a 25%;
 - ▷ ocorrer a atualização anual da comparticipação da Segurança Social.
- ▶ que na atualização anual da comparticipação, os rendimentos que não forem apurados através da interconexão de dados entre os serviços da administração fiscal e as instituições da Segurança Social, são obrigatoriamente declarados pelo próprio ou pelo seu representante legal, nomeadamente a despesa com a habitação, património mobiliário, rendimentos em Portugal não declarados à Segurança Social e rendimentos obtidos no estrangeiro.

5

Declarações (continuação)

Assinale uma das seguintes opções:

Autorizo a minha admissão, aceito e cumpro os termos atrás referidos.

Recuso a admissão aqui proposta, apesar de ter sido informado da sua adequação à minha situação de dependência.

Data

- -
ano mês dia

Data

- -
ano mês dia

Data

- -
ano mês dia

A Entidade

Identificar a Entidade

Assinatura do utente

Assinatura conforme a do documento de identificação válido ou, no caso de não saber assinar, impressão digital

Assinatura do representante do utente

Assinatura conforme a do documento de identificação válido

Assinatura do profissional

Assinatura legível do profissional que presta a informação e obtém o Termo de Aceitação do utente