

ERPI CÓNEGO CORREIA ____

ERPI CCA ____

CENTRO DE DIA ____

A preencher pela Instituição		
Data: ____/____/____	N.º Entrada _____	N.º Processo Individual _____
Despacho:		

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome _____	C. Cidadão n.º _____
Validade _____	Data de Nascimento: ____/____/____ Idade _____
N.º Contribuinte _____	Morada _____
Código Postal ____/____	Localidade _____ NISS _____
N.º Utente SNS _____	Médico de Família _____ Grupo Sanguíneo _____

COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Idade	Profissão

IDENTIFICAÇÃO E CONTACTO(S) DAS PESSOAS SIGNIFICATIVAS/RESPONSÁVEIS PELO CANDIDATO

Nome _____	C. Cidadão n.º _____
Validade _____	Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco/Relação _____
N.º Contribuinte _____	Morada _____
Código Postal ____/____	Localidade _____ Profissão _____
Contactos _____	E-mail _____
Nome _____	C. Cidadão n.º _____
Validade _____	Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco/Relação _____
N.º Contribuinte _____	Morada _____
Código Postal ____/____	Localidade _____ Profissão _____
Contactos _____	E-mail _____



A preencher pela Instituição

DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	X	DATA
Cartão de Utente dos Subsistemas de Saúde a que o Candidato pertence (se aplicável);		
Fotocópia da última Declaração de IRS do Candidato e respetiva Nota de Liquidação		
Declaração Anual de Pensões ou, na ausência de rendimentos, uma declaração comprovativa da Segurança Social;		
Comprovativo dos rendimentos prediais;		
Declaração dos rendimentos de capitais;		
Comprovativo de Despesa Mensal de Medicamentos de uso continuado, em caso de doença crónica;		
Declaração de Compromisso de Pagamento;		
Outros:		

Nota: a inscrição só será definitiva após entregue de toda a documentação solicitada.

ELEMENTOS RELATIVOS AO CANDIDATO

Reposta Social/Serviços Solicitados:

O(a) candidato(a) está reformado (a): Sim. Se sim indicar o montante _____ €.

O Funcionário: _____ O Candidato/Responsável: _____

SITUAÇÃO FINAL DA INSCRIÇÃO E ADMISSÃO

Inscrição Regularizada com entrega de todos os documentos ____ Data: ____/____/____

Data de Admissão: ____/____/____

Data de Desistência ____/____/____ Motivo: _____

O Funcionário: _____ O Candidato/Responsável: _____

VALIDAÇÃO DE DADOS

Dados recolhidos conforme documento apresentado?	(X)	Data de validação
CC/BI - Cliente		
CC/BI - Responsável Familiar		
CC/BI - Outro (Qual?)		
Funcionário _____		
Cliente _____ (Conforme CC/BI)		
Responsável Familiar(outro) _____ (Conforme CC/BI)		