



REGIME DO MAIOR ACOMPANHADO

Pedido de intervenção do Ministério Público

Para aplicação de medidas de acompanhamento de pessoa adulta

Parte I - Dados da pessoa que preenche o pedido (Requerente):

Nome completo *:

N.º documento de identificação civil * (*Cartão de cidadão / B.I. / Passaporte / Outro, qual?*):

Validade *:

Morada *:

N.º Telefone / telemóvel *

E-mail *

Relação do Requerente com o/a Beneficiário/a (do acompanhamento):

Próprio/a:

Familiar: Se sim, indique o grau de parentesco:

Pessoa com quem vive em união de facto Se sim, desde:

Vizinho/a Amigo/a Conhecido/a

Mandatário/a (deve juntar o mandato / procuração)

Funcionário de instituição que acompanha o/a beneficiário/a Outros

Caso o/a Requerente não seja o/a próprio/a beneficiário/a (das medidas de acompanhamento), quais as razões para não ser o próprio a preencher o requerimento?



Parte II – Informações relativas ao/à Beneficiário/a do acompanhamento

1. Dados da pessoa que beneficia das medidas de acompanhamento:

Nome completo *:

Data de Nascimento *:

Cartão de Cidadão/B.I. / Passaporte/ Outro (qual: _____) n.º*:

Validade*:

N.º de Identificação Fiscal *:

N.º da Segurança Social *:

Telefone / telemóvel *:

Email *:

Morada *:

Código Postal *:

1.1. Se o/a beneficiário/a estiver integrado/a em Lar, Estrutura Residencial, Centro de Reabilitação, Unidade de Cuidados Continuados, Hospital ou outra instituição, indique:

i. Nome da Instituição:

ii. Morada:

Código Postal

iii. Data da admissão

iv. A integração em Lar foi voluntária (por iniciativa ou com o consentimento do/a beneficiário/a)?

SIM / NÃO / Não sabe

Se não, de quem foi a iniciativa?

v. Motivo da admissão:

vi. Prevê-se o regresso à sua habitação? **SIM / NÃO**

Se sim, quando?

Se não, por que razão?



2. Se beneficiário/a estiver em casa:

2.1. *(responda apenas se estiver em casa / residência particular – caso contrário deverá responder à questão 2.2.)*

Reside sozinho/a? **SIM** / **NÃO**

Se não, com quem reside e desde que data?

Nome	Idade	Grau de parentesco [se aplicável]	Profissão	Data de início coabitação

2.2. É apoiado/a ou recebe cuidados habitualmente de:

- Nome(s):
- Telefone / telemóvel:
- Email:
- Morada(s):

2.3. Quais são os familiares mais próximos?

[Por favor, indique todos os familiares diretos: marido / mulher / companheiro/a, filhos, pais e irmãos]

Nome	Idade	Grau de parentesco	Morada	Regularidade dos contactos	
				Telefónico	Presencial



i. Qual [tipo de apoio e nome da entidade ou pessoa que o presta]?

ii. Desde que data?

iii. Pessoa que presta o apoio:

- Nome:
- Telefone / telemóvel :
- Email:

iv. Motivo do apoio:

2.8. Frequenta algum Centro de Dia, centro de atividades ocupacionais, estabelecimento de ensino especial ou instituição similar? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim:

i. Qual [nome e tipo de instituição]?

ii. Desde que data?

iii. E em que regime? [ex.: durante o dia, semi-internato, internato]

iv. Por que razão o frequenta:

2.9. O/A beneficiário/a celebrou *testamento vital* ? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, junte cópia.

2.10. O/A beneficiário/a outorgou *procuração de cuidados de saúde*?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, junte cópia.

2.11. O/A beneficiário/a outorgou *mandato com vista ao seu acompanhamento* (artigo 156.º do Código Civil)?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, junte cópia.

3. Comunicação – audição pelo Ministério Público ou juiz

O/A beneficiário:

a. Consegue falar? **SIM** / **NÃO**



- b. Consegue ouvir? **SIM** / **NÃO**
- c. É capaz de escrever? **SIM** / **NÃO**
- d. Consegue ler? **SIM** / **NÃO**
- e. Comunica por língua gestual? **SIM** / **NÃO**
- f. É capaz de expressar a sua vontade por gestos? **SIM** / **NÃO**

Em caso negativo a todas as respostas anteriores, como interage ou comunica?

- 3.1.** Tem condições para ser ouvido por meios de comunicação à distância / online (ex.: videochamada, Zoom, Webex, Teams, etc.)? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, com apoio de alguém? [indique nome e telefone e / ou email]

- 3.2.** Consegue deslocar-se? **SIM** / **NÃO**

Se sim, desloca-se com apoio? **SIM** / **NÃO**

De que tipo [cadeira de rodas, andarilho, etc.]?

Se não, está acamado? **SIM** / **NÃO**

4. Estado de saúde geral e comportamentos que possam afetar a capacidade:

- 4.1.** O/A beneficiário/a sofre de doença e / ou de deficiência? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, qual(ais) e desde que data?

- 4.2.** Qual(ais) o/a(s) médico/a(s) ou hospital que o/a acompanha(m) [indique nome do/a(s) médico/a(s), especialidade médica, nome do hospital ou clínica e morada] ?

- 4.3.** O/A beneficiário/a adota comportamento(s) que sejam prejudiciais?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, descreva sumariamente:

- 4.4.** O/A beneficiário/a sofre de algum vício ou comportamento compulsivo?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**



Se sim, qual?

Álcool Droga Jogo Outro

4.5. O/a beneficiário/a esteve alguma vez internado? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se não ou não sabe, necessita de internamento? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, em que hospital?

Entre que datas, aproximadamente?

Motivo do internamento:

Foi involuntário (*contra a vontade*)? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

5. Questionário sobre capacidade e estado geral do/a beneficiário/a:

	Sempre ou "quase sempre"	Por vezes Sim	Por vezes Não	Nunca ou "quase nunca"
Identidade				
Sabe dizer o seu nome?				
Responde pelo seu nome se chamado/a?				
Sabe o nome dos familiares diretos?				
Sabe o parentesco dos seus familiares diretos? (<i>se o familiar é mãe, irmão, filho, etc.</i>)				
Comunicação				
Consegue descrever o que faz durante o dia? [<i>o que vê na TV, o que comeu, etc.</i>]				
Consegue dizer se tem fome, sede, vontade de ir à casa de banho, etc.?				
Orientação espacial				
Sabe onde vive?				
Sabe a morada da sua residência?				
Reconhece os lugares onde se encontra?				
Consegue orientar-se na casa onde reside, por exemplo, ir até à cozinha sozinho/a?				
Consegue andar sozinho/a na rua e regressar a casa?				



	Sempre ou “quase sempre”	Por vezes Sim	Por vezes Não	Nunca ou “quase nunca”
Orientação temporal e capacidade de memorização				
Sabe em que ano nasceu? E / ou a sua idade?				
Sabe dizer os dias da semana e os meses?				
Sabe que dia é hoje? [<i>dia da semana e do mês</i>]				
Sabe ver as horas?				
Sabe quando está na Primavera, no Verão, no Outono e no Inverno?				
Consegue falar de factos ocorridos há poucos dias ou poucas semanas?				
Consegue falar de factos ocorridos há vários anos ou na sua infância?]				
Quando fala confunde o passado com o presente?				
Autonomia pessoal e conhecimentos gerais				
Consegue ou ainda consegue cozinhar as suas refeições?				
Consegue comer sem ajuda de outra pessoa?				
Toma medicamentos sem a orientação de terceiros?				
Veste-se sozinho/a?				
Necessita de ajuda na escolha da roupa e no modo de vestir? [<i>ex: para não vestir roupa quente no verão</i>]				
Consegue realizar a sua higiene pessoal sem ajuda?				
Consegue executar tarefas domésticas (<i>ex. organização da casa, arrumação, limpeza</i>)?				
Sabe indicar o nome de objetos de uso diário (<i>talheres, cadeira, peças de vestuário, etc.</i>)?				
Consegue fazer compras sozinho/a, por exemplo, comprar alimentos e roupa?				
Consegue pagar a renda da casa, água, luz e outras despesas correntes?				
Necessita de acompanhamento nas consultas médicas?				
Sabe fazer e receber um telefonema?				
Sabe dar uso aos objetos da vida diária? (<i>ligar o fogão, usar outros eletrodomésticos, abrir a porta com chaves, etc.</i>)				
Sabe assinar o seu nome?				
Reconhece as notas e as moedas? E para que servem?				
Reconhece o valor económico das coisas? Isto é, sabe dizer, por exemplo, um preço médio para um pão, um quilo de arroz, o que pode comprar com € 5, etc.?				
Sabe contar e efetuar contas simples? ($2+3$, $6-4$, 2×3 , etc.)?				



	Sempre ou "quase sempre"	Por vezes Sim	Por vezes Não	Nunca ou "quase nunca"
<i>Autonomia pessoal e conhecimentos gerais</i>				
Tem capacidade para gerir os seus rendimentos no dia-a-dia?				
Tem capacidade para movimentar contas bancárias (pagamentos, levantamentos, transferências, depósitos)?				
Compreende o conteúdo e o sentido de documentos como contratos, procurações, documentos bancários, requerimentos para prestações sociais?				
Compreende o conteúdo e o sentido dos mesmos documentos apenas se lidos e explicados?				
Tem capacidade para exercer alguma atividade profissional / trabalho?				
<i>Relações pessoais, personalidade e transtornos psíquicos</i>				
Faz amigos com facilidade?				
É facilmente influenciado por outras pessoas?				
É capaz de cuidar de crianças?				
<u>Se não ou por vezes não</u> , é capaz de cuidar de eventuais crianças com ajuda e orientação?				
Estabelece relações amorosas com facilidade?				
Tem alterações de humor frequentes?				
Sofre de alucinações?				
É agressivo/a?				
<i>Comportamentos de disposição patrimonial</i>				
É capaz de decidir sozinho sobre o destino do seu dinheiro e património?				
É capaz de decidir sobre o destino do seu dinheiro e património com conselhos ou orientação de alguém?				
Faz despesas ou contrai dívidas que coloquem em causa o seu sustento e / ou das pessoas com quem reside?				
Compreende que os gastos que faz / dívidas que contrai podem ser prejudiciais para si?				

6. Outras informações / observações [se necessário]



7. Património

7.1. Quais os rendimentos do/a beneficiário/a e qual a sua origem? [*preencher o que for aplicável e indicar o respetivo valor*]

i. Salário: € / entidade empregadora:

ii. Pensão / reforma: € / entidade pagadora:

iii. Subsídio / prestação social: € / espécie / nome da prestação:
/ entidade pagadora:

7.2. Que bens de valor possui? [*ex. casas, terrenos, veículos automóveis, participações em empresas, etc.*]

7.3. É titular ou cotitular de contas bancárias? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, indique:

Dados da conta bancária I.

I.1. Nome do Banco:

I.2. IBAN:

I.3. Cotitulares (*nome completo*)

I.4. Pessoas autorizadas a movimentar a conta:

Dados da conta bancária II.

II.1. Nome do Banco:

II.2. IBAN:

II.3. Cotitulares (*nome completo*)

II.4. Pessoas autorizadas a movimentar a conta:



7.4. Quem paga as despesas do/a beneficiário/a, de que forma e com que rendimentos (do/a beneficiário/a ou de outrem)?

7.5. Existe necessidade de vender, hipotecar ou empenhar (colocar em penhor) património do/a beneficiário/a? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim:

Que património:

Motivo da venda / hipoteca / penhor:

7.6. Nos últimos anos, o/a beneficiário/a, ou alguém em seu nome, desfez-se de património?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, especifique:

O seu comportamento teve consequências familiares? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, especifique:

O seu comportamento teve consequências no emprego? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

Foi despedido? **SIM** / **NÃO** / **Não sabe**

7.7. Existem penhoras de património / salários ou outros rendimentos?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, especifique:

7.8. O/A beneficiário/a encontra-se em situação de insolvência ou tem processo de insolvência pendente?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**



Parte III – Do Acompanhamento

1. Qual(ais) o(s) motivo(s) que justifica(m) a necessidade de acompanhamento do beneficiário/a?

2. Se aplicável, indique se existe necessidade de aplicação de medidas urgentes, especificando quais e por que motivo(s) é /são necessária(s):

Parte IV – Informações relativas à pessoa indicada para ACOMPANHANTE

1. O/A beneficiário/a escolheu pessoa(s) para exercer o cargo de acompanhante?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, junte documento comprovativo (caso exista)

2. O representante legal do/a beneficiário/a escolheu pessoa(s) para exercer o cargo de acompanhante?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

Se sim, junte documento comprovativo (caso exista)

3. Indique a(s) pessoa(s) escolhida(s) ou que sugere para exercer o cargo de acompanhante:

- 3.1. Nome do acompanhante 1:

Familiar Grau de Parentesco

Se unido de facto, desde quando:

Vizinho/a Amigo/a Conhecido/a

Mandatário/a (deve juntar o mandato)

Funcionário/a de instituição que acompanha o/a beneficiário/a

Outros

Morada:

Telefone

Email



3.2. Nome do acompanhante 2:

Familiar Grau de Parentesco

Se unido de facto, desde quando:

Vizinho/a Amigo/a Conhecido/a

Mandatário/a (deve juntar o mandato)

Funcionário/a de instituição que acompanha o/a beneficiário/a

Outros

Morada:

Telefone Email

4. Caso tenha indicado mais do que um acompanhante, especifique os atos que devem ser praticados ou assistidos por cada um:

4.1. Nome:

Função / categoria de atos:

Motivo:

4.2. Nome:

Função / categoria de atos:

Motivo:

5. Conselho de Família

Indique quem deverá ocupar os seguintes cargos por ordem de preferência:

a. 1.ª Vogal

Nome:

Familiar: **SIM** / **NÃO** Grau de Parentesco

Se unido de facto, desde quando:

Vizinho/a Amigo/a Conhecido/a Outro:

Morada:

Telefone / Telemóvel Email



b. 2.^a Vogal

Nome:

Familiar: **SIM** / **NÃO** Parentesco

Se unido de facto, desde quando:

Vizinho/a Amigo/a Conhecido/a Outro:

Morada:

Telefone / Telemóvel

Email

6. Indique o(s) motivo(s) que determinam a indicação da(s) pessoa(s) para o cargo de acompanhante e para o Conselho de Família:

7. Alguma das pessoas indicadas está insolvente ou tem processo de insolvência pendente?

SIM / **NÃO** / **Não sabe**

8. Testemunhas da situação do/a beneficiário/a e da necessidade de acompanhamento (não deve ser indicado o/a(s) acompanhante(s) ou vogal(ais) do Conselho de Família e deve ter conhecimento direto dos factos indicados na parte III):

Nome	Morada	Contacto telefónico	Email



9. Documentos a entregar:

- a) **Apenas se a pessoa NÃO tiver registo em Portugal:** Certidão do Assento de Nascimento ou, se indisponível, cópia de outro documento de identificação do/a beneficiário/a e do(s) acompanhante(s);
- b) Declaração médica recente sobre o estado de saúde do/a beneficiário/a;
- c) Caso exista, cópia do atestado médico de incapacidade multiusos (DL n.º 291/2009, de 12/10);
- d) Caso a medida pretendida preveja a movimentação de contas bancárias, e apenas se disponível, cópias do NIB/IBAN e documentação bancária das contas tituladas pelo/a beneficiário/a;
- e) Caso a medida pretendida implique a gestão de rendimentos, tratando-se de pensão, salário ou rendas, juntar os últimos três recibos (se disponíveis);
- f) Declaração de aceitação de cargo de acompanhante e de vogal do Conselho de Família (*em anexo*);

Os **dados pessoais** colhidos no presente requerimento destinam-se ao exercício das atribuições e competências do Ministério Público, mormente no âmbito do regime do maior acompanhado, sendo tratados nos termos da legislação aplicável, em particular, nos termos e para os efeitos previstos na Lei n.º 34/2009, de 14 de julho (que aprova o regime jurídico aplicável ao tratamento de dados referentes ao sistema judicial, na redação que lhe foi dada pela Lei n.º 30/2017, de 30 de maio).

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações prestadas no presente requerimento e demais documentos anexos são verdadeiras.

Data:

Assinatura do/a Requerente: _____

(Assinatura digital certificada com Cartão de Cidadão ou assinatura manual conforme documento de identificação do Requerente [CC/BI/Passaporte ou outro documento válido])