

Deliberação n.º 13/2024

Assunto: MAVI – Artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro – Plano Individualizado de Assistência Pessoal – PIAP - Alteração

A Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, estabelece as condições de criação, instalação, organização e funcionamento a que deve obedecer a resposta social serviço de assistência pessoal de apoio à pessoa com deficiência ou incapacidade, que assenta no desenvolvimento do Modelo de Apoio à Vida Independente (MAVI).

De acordo com o n.º 3 do artigo 6.º da referida portaria, o modelo do plano individualizado de assistência pessoal é aprovado por deliberação do Conselho Diretivo do Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

Assim, determina-se o seguinte:

1. É aprovado o modelo do plano individualizado de assistência pessoal, nos termos do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro.

Modelo do Plano Individualizado de Assistência Pessoal-PIAP

(artigo 6º, n.º 3 da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro.)

- I. Pode constar do PIAP informação que seja entendida necessária pelas partes envolvidas, desde que não limite ou altere a que nesta deliberação se define.
- II. Todas as partes envolvidas devem assinar o Compromisso Ético.

MODELO DO PLANO INDIVIDUALIZADO DE ASSISTÊNCIA PESSOAL – PIAP

Identificação do CAVI :				Número do PIAP:	
Data de início do PIAP:					
Data do termo do PIAP:					
Data efetiva do termo do PIAP:				Motivo do termo antes da data prevista:	
1. Identificação da pessoa destinatária da Assistência Pessoal com deficiência ou incapacidade					
Nome:					
Data Nascimento :	Idade:	Nº Documento de Identificação	NIF:	NISS:	Nº Utente :
1.1 Representante legal (caso exista)					
Nome:			Nº de CC ou BI:	NIF:	
2. Morada/local de referência para a assistência pessoal					
3.	3.1. Deficiência ou incapacidade:				Grau de incapacidade (Art.6º, n.º3 alínea c):
	3.2. Limitações ou restrições de funcionalidade da pessoa com deficiência ou incapacidade (assinalar com um X)				
	Limitações ou alterações das funções da audição				
Limitações ou alterações das funções da visão					

	Limitações ou alterações das funções motoras	
	Limitações ou alterações das funções cognitivas	
	Limitações de mobilidade e de manipulação devidas a alterações neuromusculares, neurológicas e afins	
	Outras. Identifique quais: _____	
4.	Indique quais são os principais fatores de contexto facilitadores ou barreiras que condicionam as suas atividades (Art.6º, n.º3 alínea d)	
	(uma página, máximo)	
5.	Avaliação e justificação para complemento do PIAP com outros apoios financeiros (Art.7º, n.º6)	
6.	Indique quais são as atividades nas quais entende necessitar de apoio para maior independência (Art.6º, n.º3, alínea e):	
7.	Total da distribuição horária (Nº de horas atribuídas) (Art.6º, n.º3, alínea f)	
	Total Horas Mensal:	
	Distribuição horária por Atividade:	

Atividades:		Nº horas atribuídas:	
Atividades de apoio nos domínios da higiene, alimentação e cuidados pessoais.			
Atividades de apoio em assistência doméstica, de carácter pontual.			
Atividades de acompanhamento a consultas, tratamentos e intervenções de reabilitação.			
Atividades de apoio em deslocações.			
Atividades de mediação da comunicação.			
Atividades de apoio em contexto laboral e em atividades socialmente úteis.			
Atividades de apoio à frequência de formação profissional.			
Atividades de apoio à educação formal.			
Atividades de apoio à frequência de ensino superior e de investigação.			
Atividades de apoio em cultura, lazer e desporto.			
Atividades de apoio na procura ativa de emprego.			
Atividades de apoio à criação e desenvolvimento de redes sociais de apoio.			
Atividades de apoio à participação e cidadania.			
Atividades de apoio à tomada de decisão, incluindo a recolha e interpretação de informação necessária à mesma.			
Total de horas previstas:			
8.	Justificação para o PIAP ultrapassar o limite máximo do nº de horas mensal estabelecido (Art.7º, n.º3)		
9.	Identificação do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea g)		
Nome:		Nº Documento de Identificação:	NIF:
Assinatura do/a Destinatário/a ou Representante legal (Art.6º, n.º3, alínea l)		Data:	
Assinatura do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea l)		Data:	
10.	Processo de monitorização da Assistência Pessoal (Art.6.º, n.º3, alínea h)		
(As alíneas b), c), d), e e) do ponto 10 do PIAP são preenchidas pelo destinatário/a)			

a) Periodicidade da monitorização da Satisfação - A frequência é trimestral e sempre que se verifique uma alteração ao PIAP			
b) Avaliação global da prestação do CAVI:	c) Escala de satisfação do apoio recebido da Assistência Pessoal (identificar numa escala de 1 a 4/ 1=insuficiente a 4=Excelente)	d) Data	e) Assinatura do/a destinatário
11. Alterações e ajustes ao PIAP (Art.6º, n.º4)			
Cada alteração implica o novo preenchimento dos itens 4 a 9 - Anexar ao PIAP cada alteração efetuada, identificando-a com a numeração sequencial das mesmas.			
Quadro resumo das Alterações ao PIAP			
Nº da Alteração ao PIAP:		Data da Alteração:	

Atividades de apoio em assistência doméstica, de caráter pontual.	
Atividades de acompanhamento a consultas, tratamentos e intervenções de reabilitação.	
Atividades de apoio em deslocações.	
Atividades de mediação da comunicação.	
Atividades de apoio em contexto laboral e em atividades socialmente úteis.	
Atividades de apoio à frequência de formação profissional.	
Atividades de apoio à educação formal.	
Atividades de apoio à frequência de ensino superior e de investigação.	
Atividades de apoio em cultura, lazer e desporto.	
Atividades de apoio na procura ativa de emprego.	
Atividades de apoio à criação e desenvolvimento de redes sociais de apoio.	
Atividades de apoio à participação e cidadania.	
Atividades de apoio à tomada de decisão, incluindo a recolha e interpretação de informação necessária à mesma.	
Total de horas previstas:	
Justificação para o PIAP ultrapassar o limite máximo do nº de horas mensal estabelecido (Art.7º, n.º3)	
Identificação do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea g)	
Nome:	Nº Documento de Identificação:
	NIF:
Assinatura do/a Destinatário/a ou Representante legal (Art.6º, n.º3, alínea I)	Data:
Assinatura do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea I)	Data:
Intervenientes:	Assinatura:
	Data:
Destinatário/a ou Representante Legal	
Assistente Pessoal	
Técnico/a do CAVI	
Nº Alteração ao PIAP	2ª
	Data da Alteração:

Indique quais são os principais fatores de contexto facilitadores ou barreiras que condicionam as suas atividades (Art.6º, n.º3 alínea d)

(uma página, máximo)

Avaliação e justificação para complemento do PIAP com outros apoios financeiros (Art.7º, n.º6)

Indique quais são as atividades nas quais entende necessitar de apoio para maior independência (Art.6º, n.º3, alínea e):

Total da distribuição horária (Nº de horas atribuídas) (Art.6º, n.º3, alínea f)

Total Horas Mensal:

Distribuição horária por Atividade:

Atividades:	Nº horas atribuídas:
Atividades de apoio nos domínios da higiene, alimentação e cuidados pessoais.	
Atividades de apoio em assistência doméstica, de caráter pontual.	
Atividades de acompanhamento a consultas, tratamentos e intervenções de reabilitação.	
Atividades de apoio em deslocações.	
Atividades de mediação da comunicação.	
Atividades de apoio em contexto laboral e em atividades socialmente úteis.	
Atividades de apoio à frequência de formação profissional.	
Atividades de apoio à educação formal.	
Atividades de apoio à frequência de ensino superior e de investigação.	
Atividades de apoio em cultura, lazer e desporto.	

Atividades de apoio na procura ativa de emprego.		
Atividades de apoio à criação e desenvolvimento de redes sociais de apoio.		
Atividades de apoio à participação e cidadania.		
Atividades de apoio à tomada de decisão, incluindo a recolha e interpretação de informação necessária à mesma.		
Total de horas previstas:		
Justificação para o PIAP ultrapassar o limite máximo do nº de horas mensal estabelecido (Art.7º, n.º3)		
Identificação do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea g)		
Nome:	Nº Documento de Identificação:	NIF:
Assinatura do/a Destinatário/a ou Representante legal (Art.6º, n.º3, alínea l)		Data:
Assinatura do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea l)		Data:
Intervenientes:	Assinatura:	Data:
Destinatário/a ou Representante Legal		
Assistente Pessoal		
Técnico/a do CAVI		
Nº Alteração ao PIAP	3ª	Data da Alteração:
Indique quais são os principais fatores de contexto facilitadores ou barreiras que condicionam as suas atividades (Art.6º, n.º3 alínea d)		

(uma página, máximo)

Avaliação e justificação para complemento do PIAP com outros apoios financeiros (Art.7º, n.º6)

Indique quais são as atividades nas quais entende necessitar de apoio para maior independência (Art.6º, n.º3, alínea e):

Total da distribuição horária (Nº de horas atribuídas) (Art.6º, n.º3, alínea f)

Total Horas Mensal:

Distribuição horária por Atividade:

Atividades:	Nº horas atribuídas:
Atividades de apoio nos domínios da higiene, alimentação e cuidados pessoais.	
Atividades de apoio em assistência doméstica, de carácter pontual.	
Atividades de acompanhamento a consultas, tratamentos e intervenções de reabilitação.	
Atividades de apoio em deslocações.	
Atividades de mediação da comunicação.	
Atividades de apoio em contexto laboral e em atividades socialmente úteis.	
Atividades de apoio à frequência de formação profissional.	
Atividades de apoio à educação formal.	
Atividades de apoio à frequência de ensino superior e de investigação.	
Atividades de apoio em cultura, lazer e desporto.	
Atividades de apoio na procura ativa de emprego.	

Atividades de apoio à criação e desenvolvimento de redes sociais de apoio.		
Atividades de apoio à participação e cidadania.		
Atividades de apoio à tomada de decisão, incluindo a recolha e interpretação de informação necessária à mesma.		
Total de horas previstas:		
Justificação para o PIAP ultrapassar o limite máximo do nº de horas mensal estabelecido (Art.7º, n.º3)		
Identificação do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea g)		
Nome:	Nº Documento de Identificação:	NIF:
Assinatura do/a Destinatário/a ou Representante legal (Art.6º, n.º3, alínea I)		Data:
Assinatura do/a Assistente Pessoal (Art.6º, n.º3, alínea I)		Data:
Intervenientes:	Assinatura:	Data:
Destinatário/a ou Representante Legal		
Assistente Pessoal		
Técnico/a do CAVI		

2. É aprovado, nos termos da alínea i) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, o modelo de compromisso ético celebrado entre o/a assistente pessoal e a pessoa destinatária de assistência pessoal.

Declaração de Compromisso Ético

(Nome completo do/a Assistente Pessoal), titular do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade n.º, declaro sob compromisso de honra que, durante o exercício das minhas funções como Assistente Pessoal do/a Sr./Sra....., cumprirei os meus deveres profissionais, elencados e constantes no n.º 3 do artigo 10º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro.

Mais declaro que tenho conhecimento dos fundamentos da quebra de confiança no Assistente Pessoal, constantes do n.º 2 do artigo 13.º da mesma portaria.

(Nome completo do/a Beneficiário/a), titular do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade n.º ..., declaro ter conhecimento dos direitos profissionais do Assistente Pessoal, elencados no n.º 2 do artigo 10º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro.

.

(Nome completo do/a Responsável Legal do Beneficiário/a), titular do Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade n.º, como responsável legal do beneficiário declaro ter conhecimento dos direitos profissionais do Assistente Pessoal, elencados no n.º 2 do artigo 10º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro.

Declaram os/as signatários/as ter conhecimento de que a violação da presente declaração de compromisso ético poderá ser objeto de participação aos órgãos competentes do Centro de Apoio à Vida Independente (CAVI), para efeitos de eventual abertura de processo disciplinar.

Data/Assinatura do/da Assistente Pessoal

Data/Assinatura do/da Destinatário/a ou Representante Legal

3. É aprovada, nos termos da alínea j) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, a Declaração sob compromisso de honra do/a assistente pessoal, do cumprimento da condição estabelecida no n.º 11 do artigo 11.º.

Declaração sob compromisso de honra

Eu, (identificação do/a assistente pessoal), portador do BI / CC, n.º (...), válido até, residente em, declaro, sob compromisso de honra, para efeitos da alínea j) do n.º 3 do artigo 6.º, da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, que não tenho, nem nunca tive, qualquer relação jurídica familiar de casamento, união de facto, adoção, parentesco ou afinidade até ao segundo grau da linha reta, ou quarto grau da linha colateral, com a pessoa destinatária da assistência pessoal.

(...local), de de

Assinatura

4. É aprovada, nos termos da alínea k) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, a Declaração sob compromisso de honra da pessoa destinatária da assistência pessoal do cumprimento das regras estabelecidas no artigo 33.º.

Declaração sob compromisso de honra



Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.

Eu, (identificação da pessoa destinatária de assistência pessoal ou seu representante legal), portador do BI / CC, n.º (.....), válido até, residente em, declaro, sob compromisso de honra, para efeitos da alínea k) do n.º 3 do artigo 6.º da Portaria n.º 415/2023, de 7 de dezembro, que não me encontro a usufruir de nenhum dos apoios/benefícios elencados no artigo 33.º da referida portaria.

(...local), de de

Assinatura

Lisboa, 07 de março de 2024

O Conselho Diretivo

O Presidente

A Vice-Presidente

Rodrigo Ramos

Marina Cardoso Van Zeller