

FICHA DO USUÁRIO

campo obrigatório

() NOVO USUÁRIO () RECADASTRAMENTO NÚMERO DE INSCRIÇÃO: _____

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Ponto de referência: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

DADOS COMPLEMENTARES

campo obrigatório

Sexo: () Masculino () Feminino Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado(a) () Outros

Raça/Cor: () Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena

Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

RESPONSÁVEL

preencher este campo somente para usuários menores ou sob tutela

Nome Completo: _____

RG: _____ Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

ACOMPANHANTE 1

campo obrigatório

Nome Completo: _____

RG: _____ Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

ACOMPANHANTE 2

campo obrigatório

Nome Completo: _____

RG: _____ Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

ACOMPANHANTE 3

campo obrigatório

Nome Completo: _____

RG: _____ Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

Para uso do serviço, o cadastro deve ser aprovado pela EMDEC. Certifique-se de manter seu telefone disponível para contato. O prazo para início do serviço é de até 10 dias úteis, para cadastros emergenciais, como hemodiálise, radioterapia e quimioterapia. Para os demais cadastros e recadastramentos anuais, a ativação ocorre em até 15 dias úteis após a solicitação.

PRINCIPAIS DESTINOS

Local 1: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Nº: _____ Ponto de Referência: _____

Local 2: _____ Endereço: _____

Bairro: _____ Nº: _____ Ponto de Referência: _____

AVALIAÇÃO MÉDICA

campo obrigatório | preenchimento exclusivo por médico

Caracterização da Deficiência: CID: _____ () Permanente () Temporária/Tempo: _____

Equipamento utilizado pelo paciente: () Cadeira de rodas *ou () Andador

*Assinar somente uma das opções

**O Pai-Serviço não transporta na posição deitado (maca)

Necessidade de acompanhamento: () Sim, obrigatório *ou () Não, paciente se impulsiona sozinho e tem autonomia

*Assinar somente uma das opções

**Obrigatório quando o paciente não possuir autonomia para atender as suas necessidades básicas ou fisiológicas e instruções de segurança. O Pai Serviço não dispõe de cuidador ou acompanhante.

*** O acompanhante deve ser maior de 18 anos e ter condições de realizar assistência ao usuário no percurso da viagem, antes do embarque e após o desembarque.

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA:

() Dependência total de cadeira de rodas

() Dependência parcial de cadeira de rodas, possui capacidade de deslocamento em ambientes com auxílio de barras paralelas, dispositivos auxiliares de marcha ou assistência de outra pessoa, porém requer cadeira de rodas para trajetos longos.

() Dependência total de andador

() Não depende de andador e cadeira de rodas em condição alguma podendo utilizar o transporte coletivo comum.

O paciente pode ser transportado em vans acessíveis do PAI-Serviço?

() Sim, o transporte é adequado *ou () Não, o usuário precisa de cuidados especiais

*Os veículos do Pai-Serviço não se configuram como veículos do tipo ambulância e não dispõem de pontos de recarga elétrica e abastecimento de oxigênio.

Observações complementares: _____

ATENÇÃO: Avaliação válida somente sem rasuras, com carimbo, data e assinatura do médico, com CRM Ativo.

Assinatura do usuário ou responsável

Assinatura do médico e carimbo com CRM

Data: ____/____/____