

**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

\*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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_