FICHA DE CADASTRO
PAI-Serviço

Nº DE INSCRIÇÃO:.....

Nome do Usuário: .....

Endereço:.....

Bairro:..... Cidade: .....CEP:.....

Ponto de Referência: .....

Documento de identidade tipo:.....Nº ..... Emitido por: .....

Data de emissão: ...../...../..... Data nasc: ...../...../..... E-mail:.....

Celular:..... Fone:.....Pessoa para contato:.....

DADOS COMPLEMENTARES

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino - Estado civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) Outros:.....

Local de nascimento (cidade/estado):.....

Já foi usuário do SAE ou STA? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quanto tempo?.....

Pai:..... Mãe:.....

RESPONSÁVEL _____

Preencher este campo **somente** para usuários menores ou sob tutela.

Nome:.....

RG nº:..... Parentesco: .....

Endereço: ..... Bairro: .....

CEP:..... Fone:..... Pessoa para contato: .....

Data nasc: ...../...../..... E-mail:..... Celular:.....

ACOMPANHANTES _____

Nome 1: .....RG nº:..... Parentesco: .....

Endereço: ..... Bairro: .....

CEP:..... Fone:..... Pessoa para contato: .....

Data nasc: ...../...../..... E-mail:..... Celular:.....

Nome 2: .....RG nº:..... Parentesco: .....

Endereço: ..... Bairro: .....

CEP:..... Fone:..... Pessoa para contato: .....

Data nasc: ...../...../..... E-mail:..... Celular:.....

✂.....

Documentos Necessários:
- xerox do RG do usuário (ou certidão de nascimento);
- foto 3x4 (caso não tenha Bilhete Único);
- comprovante de endereço;
- assinatura e carimbo do médico.

Informações sobre o PAI, transporte, trânsito ou agendamento do transporte inclusivo, ligue: 3232-1517 pai-serviço@emdec.com.br - www.emdec.com.br

FICHA DE CADASTRO
PAI-Serviço

PRINCIPAIS DESTINOS

Local 1 : ..... Bairro: .....

Rua: ..... Nº:.....

Ponto de Referência: .....

Local 2 : ..... Bairro: .....

Rua: ..... Nº:.....

Ponto de Referência: .....

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS _____

Tempo de residência em Campinas: .....anos e .....meses

Residência: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida - Automóvel próprio: ( ) Sim ( ) Não

Renda familiar em salários mínimos: ( ) até um ( ) de um a dois ( ) de dois a quatro ( ) acima

DECLARAÇÃO _____

Respondo pela veracidade integral dos dados e estou ciente que a EMDEC poderá proceder diligências para sua comprovação.

Campinas, ...de.....de.....

....

Nome por extenso e assinatura do usuário ou responsável

AVALIAÇÃO MÉDICA (preenchimento exclusivo por médico)

Caracterização da deficiência: CID: .....( ) Permanente ( )Temporária Tempo estimado:.....

Necessita de: ( ) Cadeira de rodas ( ) Andador ( ) Outros, especificar .....

Necessidade de acompanhante: ( ) Sim, obrigatório ( ) Não

Paciente pode ser transportado em vans acessíveis do PAI-Serviço?

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

Observações complementares: .....

.....

Identificação do médico: CRM: ..... Telefone: .....

Endereço: .....

Nome, data e assinatura: .....

OBSERVAÇÕES (para uso da EMDEC)

.....

.....

✂.....

RECIBO

Recebi a ficha de pedido de cadastramento no PAI-Serviço de: .....

devidamente preenchida e assinada, em ...../...../..... (nome do usuário)

....

(Nome do receptor) (Rubrica do receptor)