

**FICHA DO USUÁRIO**

campo obrigatório

( ) NOVO USUÁRIO ( ) RECADASTRAMENTO NÚMERO DE INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_**Necessita de:** ( ) Cadeira de rodas ( ) Andador**Necessidade de acompanhamento:** ( ) Sim - obrigatório ( ) Não**O paciente pode ser transportado em vans acessíveis do PAI-Serviços?**

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

**Observações complementares:** \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário ou responsável\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico e carimbo com CRM**OBSERVAÇÕES**

para uso da EMDEC S/A

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RECIBO**

Recebi a ficha de pedido de cadastramento no PAI-Serviços de \_\_\_\_\_

devidamente preenchida e assinada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ com o seguinte número de protocolo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
nome do funcionário\_\_\_\_\_  
rubrica do funcionário