



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO COM CARD - ACESSIBILIDADE

1. DADOS DO SOLICITANTE

NOME:			DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		
NOME DA MÃE:					
END:		Nº:	COMPLEMENTO:		
CEP:		MUNICÍPIO:		TELEFONE:	
CPF:		RG/RNE:		ORGÃO EMISSOR DO RG:	
EMAIL:					

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

NOME:					
END:		Nº:	COMPLEMENTO:		
MUNICÍPIO:			CEP:		
CNES:		CNPJ:		TELEFONE:	
NOME DO MÉDICO:			CRM:		
ESPECIALIDADE DO MÉDICO:					

3. DIAGNÓSTICO:

CID 10:	DIAGNÓSTICOS	CID 10:	DIAGNÓSTICOS

4. LIMITAÇÕES:

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:					
<input type="checkbox"/> Auditiva		<input type="checkbox"/> Sensorial		<input type="checkbox"/> Mental (percepção, atenção, memória, orientação,...)	
<input type="checkbox"/> Visual		<input type="checkbox"/> Intelectual / Cognitiva			
<input type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Motora			
LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES:					
<input type="checkbox"/> Autocuidado/Atividades de vida diária		<input type="checkbox"/> Comunicação		<input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Convívio social		<input type="checkbox"/> Mobilidade			
<input type="checkbox"/> Relações e interação interpessoal		<input type="checkbox"/> Aprendizagem e aplicação de conhecimento			

5. EXAME CLÍNICO COM A DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS E/OU SEQUELAS E DA NECESSIDADE DO ACOMPANHANTE

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

ATESTO, para fins de solicitação de concessão do “COM Card - Acessibilidade”, que o solicitante acima qualificado e identificado nesta data, é possuidor da deficiência, classificada com a respectiva CID 10 e os comprometimentos descritos no presente Relatório Médico, apresentando os laudos dos exames (anexo) e a Folha Resumo emitida pela SEMASF (anexo), conforme previsto nas normas reguladoras vigentes.

_____ Assinatura do Solicitante	____/____/____ Data de emissão	_____ Assinatura do Médico e Carimbo com Nome e CRM legíveis
------------------------------------	-----------------------------------	---