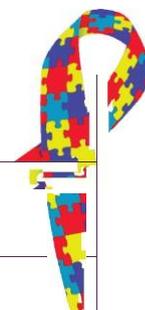


CARTEIRA DO AUTISTA - FICHA DE CADASTRO

DATA: __/__/__ HORARIO _____

RECEBIDO POR: _____



DADOS DO RESPONSÁVEL

NOME: _____
CPF: _____
NACIONALIDADE: _____ COR: _____ ETNIA: _____
LOCAL DE TRABALHO: _____ PROFISSÃO: _____
RENDA FAMILIAR R\$: _____
RG.: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO: ____/____/____ UF: _____

ENDEREÇO

RUA: _____ Nº: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
CEP: _____ COMPLEMENTO: _____
CELULAR: _____

DADOS SOCIAIS

QUANTIDADE DE PESSOA NA FAMÍLIA: ____ POSSUI ENERGIA ELÉTRICA: () SIM () NÃO
POSSUI ÁGUA TRATADA: () SIM () NÃO POSSUI REDE DE ESGOTO: () SIM () NÃO
QUANTIDADES DE CÔMODOS NA RESIDÊNCIA: _____
TIPO DE RESIDÊNCIA: () Própria: () Alugada: () Financiada: () Cedida () Outros: _____
GRAU DE RESPONSABILIDADE COM PACIENTE: () Pai () Mãe () Tutor: _____
E-MAIL: _____

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____ CPF: _____
DATA NASCIMENTO: ____/____/____ NACIONALIDADE: _____ SEXO: _____
NATURALIDADE: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____
COR: _____ ETNIA: _____
Código CID: _____
Possui Cadastro em algum Programa Social: SIM () NÃO, caso sim,
Valor (R\$): _____ Nome do Programa: _____

Reside com o responsável: () SIM () NÃO, caso não, informe o _____

ENDEREÇO

RUA: _____ Nº: _____
BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____
TELEFONE: _____
CEP: _____

RG.: _____ ÓRGÃO EMISSOR: _____ DATA EMISSÃO: ____/____/____ UF: _____

ESCOLARIDADE: () Maternal () Fundamental () Médio () Superior

CELULAR: _____

FILIAÇÃO: Pai: _____

Mãe: _____

Dados Reservados a Estrangeiros

CIE Nº: _____ CRNM: _____ DPRNM: _____

Certidão de Nascimento Nº: _____ Passaporte: _____

Título declaratório de Nacionalidade: _____