



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome*		CPF*	
Nome Social		Cartão do SUS – CNS	NIS
Data de Nascimento*	Sexo*	Nome da Mãe*	
	☐ Masculino ☐ Feminino		
E-mail		Raça/Cor*	
		☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Não identificado	
Deseja informar Orientação Sexual?		Se sim, qual?	
☐ Sim ☐ Não		☐ Bissexual ☐ Gay ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Transexual ☐ Travesti ☐ Outro	
CEP*	Endereço*		
Complemento	Número*	Bairro*	Telefone*
Tipos de Deficiência*			
☐ Auditiva	CID:		☐ Intelectual
CID:		CID:	
Grau: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Moderadamente Severa ☐ Severa ☐ Profunda		☐ Síndrome de Down	

☐ Faz uso de sistema cross		☐ Visual	CID:
☐ Faz uso de implante coclear		☐ Cegueira	
☐ Faz uso de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)		☐ Baixa Visão	
☐ Faz uso de frequência modulada		☐ Faz uso de recurso óptico (lupa, régua...)	
☐ Faz uso de aparelho auditivo		☐ Faz uso de prótese ocular	
☐ Física	CID:	☐ Faz uso de bengala ou cão guia	
☐ Acamado		☐ Transtorno do Espectro Autista	CID:
☐ Cadeirante			
☐ Paralisia Cerebral		Deficiência múltipla?	
☐ Doença Degenerativa Neuromuscular		☐ Sim ☐ Não	
☐ Faz uso de Órtese, Prótese ou outro meio auxiliar de locomoção			
CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)		Alergias?	
		☐ Sim	☐ Não
Tipo sanguíneo*			
☐ A + Positivo	☐ A - Negativo	☐ B + Positivo	☐ B - Negativo
☐ AB + Positivo	☐ AB - Negativo	☐ O + Positivo	☐ O - Negativo

Faz uso de Transporte Público?	Tem casa própria?
--------------------------------	-------------------

	PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	

☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
A pessoa com deficiência estuda em escola*			
☐ Não estuda		☐ Municipal	
☐ Estadual		☐ Federal	
☐ Particular			
Nome da escola/EMEI			
Grau de escolaridade da pessoa com deficiência*		Situação do deficiente no mercado de trabalho*	
☐ Ensino Fundamental completo		☐ EMEI	
☐ Ensino Fundamental incompleto		☐ EJA	
☐ Ensino Médio completo		☐ Empregador	
☐ Ensino Médio incompleto		☐ Desempregado	
☐ Ensino Superior completo		☐ Assalariado com carteira de trabalho	
☐ Ensino Superior incompleto		☐ Não trabalha	
☐ Especialização, Mestrado, Doutorado		☐ Assalariado sem carteira de trabalho	
		☐ Outro	
		☐ Autônomo com previdência social	
		☐ Autônomo sem previdência social	
		☐ Aposentado/Pensionista	
É acompanhado por alguma instituição?*			
☐ Não ☐ Sim		☐ Público ☐ Privado ☐ Ambos	
		Qual?	
Informações do Laudo*			
☐ Nome do médico		☐ CRM: _____	
Nome legível do responsável pelas informações*		Telefone*	Data de Preenchimento*
Nome legível do responsável pelo deficiente*		Assinatura do responsável pelo deficiente*	
Relação de Parentesco*			
☐ Cônjuge ☐ Pai/Mãe ☐ Filho (a) ☐ O próprio ☐ Neto (a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Não parente ☐ Outro parente			

