



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome*			
Nome Social			Data de Nascimento*
Filiação 1*		Filiação 2	
Sexo*		Deseja informar Orientação Sexual? *	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		Se sim, qual? <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Transsexual <input type="radio"/> Travesti	
Raça/Cor*		Tipo sanguíneo*	
<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Não identificado		<input type="radio"/> A+ <input type="radio"/> A- <input type="radio"/> B+ <input type="radio"/> B- <input type="radio"/> AB+ <input type="radio"/> AB- <input type="radio"/> O+ <input type="radio"/> O-	
CPF*	RG*	Cartão do SUS - CNS	NIS
Local de Nascimento/Naturalidade*			Composição Familiar/Nº de Pessoas
Média da Renda Familiar			Porcentagem para sustentar/atender o deficiente (%):
<input type="radio"/> Meio salário mínimo <input type="radio"/> Um salário mínimo <input type="radio"/> De um a três salários mínimos <input type="radio"/> Mais que três salários mínimos			
CEP*	Endereço*		
Complemento	Número*	Bairro*	
Telefone*	Celular	Email	
É atendido por		Unidade de Saúde de Referência	
<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Convênio <input type="radio"/> SUS			
A pessoa com deficiência estuda em escola*		Grau de escolaridade da pessoa com deficiência*	
<input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Estadual <input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Não Estuda		<input type="radio"/> Ensino Fundamental completo <input type="radio"/> EMEI <input type="radio"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="radio"/> EJA <input type="radio"/> Ensino Médio completo <input type="radio"/> Ensino Médio incompleto <input type="radio"/> Ensino Superior completo <input type="radio"/> Ensino Superior incompleto <input type="radio"/> Especialização, Mestrado, Doutorado	
Nome da escola/EMEI			
Faz AEE?			Faz uso de dieta especial?
<input type="radio"/> Escola Pública <input type="radio"/> CAEE <input type="radio"/> Não faz			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Faz uso permanente de fralda?		Faz uso de botton/sonda?	Faz uso de Transporte Público?*
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

CADASTRO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Tem casa própria?*	Recebe BPC?	Situação no Mercado de Trabalho*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não Trabalha	
Alergia	Se sim quais?	Necessita de cuidador permanente?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

Nome do Cuidador				RG do Cuidador			
CEP do Cuidador				Endereço do Cuidador			
Número		Bairro do Cuidador		Email do Cuidador		Telefone do Cuidador	
É acompanhado por alguma instituição?				Se sim qual?			
<input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Nenhuma							
Informe as especialidades de Acompanhamento/Tratamento/Reabilitação							
Tipos de Deficiência*							
<input type="radio"/> Auditiva		CID:		<input type="radio"/> Intelectual		CID:	
Grau: <input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> Moderada <input type="radio"/> Moderadamente Severa <input type="radio"/> Severa <input type="radio"/> Profunda				<input type="radio"/> Síndrome de Down			
<input type="radio"/> Faz uso de sistemas cross <input type="radio"/> Faz uso de implante coclear <input type="radio"/> Faz uso de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) <input type="radio"/> Faz uso de frequência modulada <input type="radio"/> Faz uso de aparelho auditivo				<input type="radio"/> Visual CID: <input type="radio"/> Cegueira <input type="radio"/> Baixa Visão <input type="radio"/> Faz uso de recurso óptico (lupa, régua...) <input type="radio"/> Faz uso de prótese ocular <input type="radio"/> Faz uso de bengala ou cão guia			
<input type="radio"/> Física		CID:		<input type="radio"/> Transtorno do Espectro Autista		CID:	
<input type="radio"/> Acamado <input type="radio"/> Ostomizado <input type="radio"/> Cadeirante <input type="radio"/> Amputado <input type="radio"/> Paralisia Cerebral <input type="radio"/> Necessita de Assistência Ventilatória <input type="radio"/> Doença Degenerativa Neuromuscular <input type="radio"/> Faz uso de Órtese, Prótese ou outro meio auxiliar de locomoção				Deficiência Múltipla?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade)			
Informações do Laudo							
Nome do Médico:*						CRM:*	
Nome legível do servidor responsável pelo preenchimento*				Telefone*		Data de Preenchimento*	
Nome legível do responsável pela pessoa com deficiência*				Assinatura do responsável pela pessoa com deficiência*			
Relação de Parentesco*							
<input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> O Próprio <input type="radio"/> Neto(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Não Parente <input type="radio"/> Outro Parente							



REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(preencher com os dados da pessoa com deficiência)

Eu, _____, portador do RG nº _____, CPF nº _____, Estado Civil _____, Profissão _____, Residente à _____ nº _____, Bairro _____ na Cidade de _____, CEP _____ Telefone _____ Celular _____, Carteira do SUS nº _____, Venho, com base no Decreto n. XXXX, de XX de XXXXXX de XXXX, requerer a CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Nestes termos,

Peço Deferimento.

Campo Grande – MS, _____ de _____ de 20____.

Requerente/Responsável

Nome do Requerente: _____

RG. _____/SSP _____

SAS PROTOCOLO – CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Data: ____/____/____

Nome: _____

Horário de entrega: 07:30 às 11:00 e das 13:00 às 17:00

Telefone: 3314-4482

Retirada somente com R.G

