



Ficha de Inscrição e Cadastramento do Usuário

Nome completo: _____
Idade: ____ Data de nascimento.: ____/____/____ Escolaridade: _____
Rua: _____ Nº _____
Bairro: _____ CEP _____
Nome do Responsável: _____
Telefone: _____ Telefone para recado: _____

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

() paraplegia () tetraplegia () hemiplegia
() múltipla () paralisia cerebral () agenesia ou atrofia
() amputação de membros inferiores () outro: _____

A DEFICIÊNCIA FÍSICA É TEMPORÁRIA?

() sim () não

SE RESPONDEU SIM, INFORMAR UMA ESTIMATIVA DE TEMPO:

() um mês () dois meses () três meses _____ meses

QUAIS OS MEIOS DE TRANSPORTE QUE VOCÊ CONSTUMA USAR?

() ônibus regular () ônibus ou Kombi escolar () táxi
() carro próprio () carona () a pé

APARELHOS QUE VOCÊ USA NORMALMENTE:

() cadeira de rodas simples dobrável () muletas auxiliares
() cadeira de rodas simples não dobrável () muletas canadenses
() andador () respirador
() próteses/órteses de membros inferiores () não usa aparelho
() outro: _____

COM OU SEM APARELHO, CONSEGUE CHEGAR ATÉ O TERMINAL DE ÔNIBUS MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA E VOLTAR DE LÁ SOZINHO?

() sim () não

COM OU SEM APARELHO, CONSEGUE ENTRAR, VIAJAR E SAIR DE ÔNIBUS?

() sim () não
() somente com ajuda de alguém () somente se houver elevador

QUAL O MOTIVO DE UTILIZAÇÃO DO TRANSPORTE ESPECIAL?

() tratamento de saúde () programa de reabilitação
() educação () trabalho
() lazer () outros _____



QUAL A PERIODICIDADE DE SUAS VIAGENS PROGRAMADAS?

- diária semanal quinzenal mensal
 eventual

NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE?

- sim não

assinatura do usuário ou representante legal