



FORMULÁRIO DE ADESÃO DO USUÁRIO
SELO ACESSIBILIDADE PARA TODOS



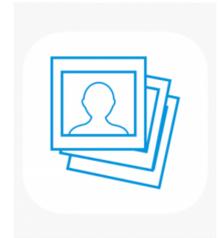
1. Identificação do usuário:

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

UBS REFERÊNCIA: _____



2. Avaliação médica

CONDIÇÕES DE SAÚDE QUE INDICAM A ADESÃO: CID 10 _____

PARKINSON PÓS AVC FIBROMIALGIA

LÚPUS AUTISMO

OUTRAS CAUSAS PERMANENTES DE REDUÇÃO DE MOBILIDADE (descreva abaixo):

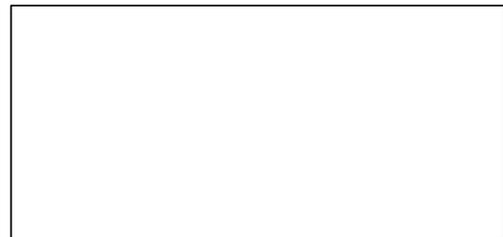
_____.

3. Identificação do profissional de saúde

NOME DO MÉDICO:

CRM: DATA: ____/____/____

CARIMBO DO MÉDICO E ASSINATURA:



CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE

4. Processo administrativo

DATA DE RECEBIMENTO DO FORMULÁRIO NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE: ____/____/____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DO USUÁRIO:

DATA DE ENTREGA DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: ____/____/____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DO USUÁRIO:

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Usuário: leve este documento em consulta médica para que o profissional avalie suas condições e descreva-as acima. Após preenchido, leve o documento até a Secretaria Municipal de Saúde de Farroupilha para realizar seu cadastro.