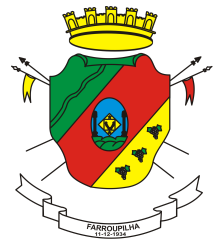




**FORMULÁRIO DE ADESÃO DO USUÁRIO**  
**SELO ACESSIBILIDADE PARA TODOS**



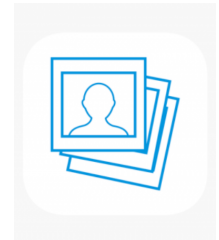
**1. Identificação do usuário:**

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.