PMSJC

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA
ATENDIMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA
FICHA DE INSCRIÇÃO

(ESTA FICHA TEM VALIDADE POR 90 DIAS APÓS PREENCHIDA)

3 X 4

PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA
EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO DECRETO Nº 13.107/08

ATENÇÃO: ESTA FICHA SÓ SERÁ CONSIDERADA VÁLIDA SE TODOS OS ITENS FOREM PREENCHIDOS PELA ASSISTENTE SOCIAL.

Nº

NOME COMPLETO DO INTERESSADO	DATA NASCIMENTO	SEXO MASC. ☐ FEM. ☐
ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA		
ENTRE RUA (CONFORME SENTIDO DO TRÁFEGO)	E RUA (IDENTIFICAR O LOCAL NO CROQUI)	
BAIRRO	CEP	TELEFONE
TEL. RECADOS	NIS	

EM CASO DE NECESSITAR DE ACOMPANHANTE PREENCHA OS DADOS ABAIXO

NOME		
ENDEREÇO		
BAIRRO	CEP	TELEFONE
R.G.	EST.	GRAU DE RELAÇÃO COM O INTERESSADO

DOCUMENTOS APRESENTADOS (DO INTERESSADO)

☐ FOTOS (3 X 4) - 2 ☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO ☐ RG

☐ FICHA MÉDICA PREENCHIDA ☐ OUTRO _____

CROQUI DE RESIDÊNCIA

IDENTIFICAR A RUA DO LOCAL DE ORIGEM E TRANSVERSAIS ASSINALAR O SENTIDO DE DIREÇÃO DO TRÁFEGO IDENTIFICAR O LOCAL (X) (← → ↓ ↑)

1. QUAIS MEIOS DE TRANSPORTE VOCE COSTUMA USAR?

☐ ÔNIBUS ☐ ÔNIBUS / PERUA ESCOLAR ☐ TAXI ☐ AUTOMÓVEL PRÓPIO ☐ CARONA EM AUTOMÓVEL ☐ A PÉ

2. QUAL É A DISTÂNCIA ENTRE SUA CASA E O PONTO DE ÔNIBUS MAIS PRÓXIMO?

☐ MENOS DE UM QUARTEIRÃO ☐ 1 A 2 QUARTEIRÕES ☐ 3 A 4 QUARTEIRÕES ☐ 5 OU MAIS QUARTEIRÕES

3. VOCE PRECISA DE CONDUÇÃO EM VIAGENS PROGRAMADAS PARA UM DESTINO ESPECÍFICO?

☐ SIM SEMANAL ☐ QUINZENAL ☐ MENSAL ☐ ☐ NÃO, PRECISO OCASIONALMENTE

NOME DO ENTREVISTADOR E ASSINATURA (ASSISTÊNCIA SOCIAL)	UNIDADE	DATA

SDS - (NO CASO DE INDEFERIMENTO JUSTIFIQUE O PORQUE):

NOME E ASSINATURA (SDS)	DATA

STR067 VERSAO 05/17