

**CARTÃO DE
ACOMPANHAMENTO**



Nome Completo
CID: **F84.0 (AUTISTA)**

ATENDIMENTO PREFERENCIAL EM FILAS
E ATENDIMENTOS PRIORITÁRIOS
CONFORME LEI FEDERAL Nº 10.048/00
CONG. Nº 17/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

CENSO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Cartão do SUS - CNS		NIS *		Nome	
Nome Social *		Nome da Mãe			
Data de Nascimento	Sexo		Raça/Cor		
	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		
Deseja informar Orientação Sexual? *			Se sim, qual? *		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Transsexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro		
CPF		Email			
Composição Familiar		Média da Renda Familiar			
<input type="text"/> N° de Pessoas	<input type="radio"/> Meio Salário Mínimo <input type="radio"/> De um a três Salários Mínimos <input type="radio"/> Um Salário Mínimo <input type="radio"/> Mais que três Salários Mínimos				
Porcentagem para sustentar/atender o deficiente (%):					
CEP	Endereço				
Complemento	Número	Bairro		Telefone	
Unidade de Saúde de Referência:			É atendido por:		
			<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Convênio <input type="radio"/> SUS		
Grau Máximo de Escolaridade que Frequentou				Situação no Mercado de Trabalho	
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - anos finais (Supletivo 6ª a 9ª)		<input type="radio"/> Empregador		
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)		<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho		
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial		<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1º a 5º ano	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)		<input type="radio"/> Autônomo com previdência social		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 6ª a 9º ano	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado		<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, Brasil Alfabetizado)		<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum		<input type="radio"/> Desempregado		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - anos iniciais (Supletivo 1º a 5º)			<input type="radio"/> Não Trabalha		
				<input type="radio"/> Outro	
Estuda em escola:			Faz AEE? *		
<input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Estadual <input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Não Estuda			<input type="radio"/> Escola Pública <input type="radio"/> CAEE		
Recebe BPC?	Faz uso de Transporte Público?	Necessita de cuidador permanente?		Tem casa própria?	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Faz uso de dieta especial?	Faz uso permanente de fralda?		Faz uso de botton/sonda?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

* Não é campo obrigatório

Agência de Tecnologia da Informação e Inovação



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

CENSO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Classifique a deficiência

- Congênita Adquirida Transitória Permanente

Em qual instituição é acompanhado? (Saúde, Assistência Social, Educação)

Selecione as especialidades de Acompanhamento/Tratamento/Reabilitação

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Psiquiatra | <input type="radio"/> Fisioterapia |
| <input type="radio"/> Terapia Ocupacional | <input type="radio"/> Fonoaudiologia |
| <input type="radio"/> Ortopedia | <input type="radio"/> Neurologia |
| <input type="radio"/> Pediatria | <input type="radio"/> Fisiatria |
| <input type="radio"/> Geneticista | <input type="radio"/> Psicologia |
| <input type="radio"/> Psicopedagogia | <input type="radio"/> Nutrição |
| <input type="radio"/> Acupuntura | <input type="radio"/> Outros _____ |

Deficiência

Física

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Acamado | <input type="radio"/> Ostomizado |
| <input type="radio"/> Cadeirante | <input type="radio"/> Amputado |
| <input type="radio"/> Paralisia Cerebral | <input type="radio"/> Doença Degenerativa Neuromuscular |
| <input type="radio"/> Faz uso de Órtese, Prótese ou outro meio auxiliar de locomoção | |
| <input type="radio"/> Necessita de Assistência Ventilatória | |

Auditiva

- Grau:** Leve Moderada Severa Profunda
- Faz uso de sistema cros? Faz uso de libras
- Faz uso de implante coclear?
- Se usa implante, foi implantado em Campo Grande?
- Faz uso de frequência modulada?

Visual

- Cegueira
- Baixa Visão
- Faz uso de recurso óptico
- Faz uso de prótese ocular
- Faz uso de bengala ou cão guia

Intelectual

- Síndrome de Down

TEA/TGD

- Autismo
- Asperger
- Transtorno Invasivo do Desenvolvimento

CID

CIF *

Nome do Fornecedor das Informações

Assinatura

Relação de Parentesco

Telefone

Data de Preenchimento

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cônjuge | <input type="radio"/> Filho(a) | <input type="radio"/> Neto(a) | <input type="radio"/> Não Parente |
| <input type="radio"/> Pai/Mãe | <input type="radio"/> Próprio | <input type="radio"/> Irmão/Irmã | <input type="radio"/> Outro Parente |