



## 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**