

**AVALIAÇÃO MÉDICA**

campo obrigatório | preenchimento exclusivo por médico

Nome completo do usuário do Programa PAI: \_\_\_\_\_

Nome social: \_\_\_\_\_ Código do usuário do Programa PAI: \_\_\_\_\_

Caracterização da Deficiência: CID: \_\_\_\_\_ ( ) Permanente ( ) Temporária/Tempo: \_\_\_\_\_

Equipamento utilizado pelo paciente: ( ) Cadeira de rodas \*ou ( ) Andador

\*Assinar somente uma das opções

\*\*O Pai-Serviço não transporta na posição deitado (maca)

Necessidade de acompanhamento: ( ) Sim, obrigatório \*ou ( ) Não, paciente se impulsiona sozinho e tem autonomia

\*Assinar somente uma das opções

\*\*Obrigatório quando o paciente não possuir autonomia para atender as suas necessidades básicas ou fisiológicas e instruções de segurança. O Pai Serviço não dispõe de cuidador ou acompanhante.

\*\*\* O acompanhante deve ser maior de 18 anos e ter condições de realizar assistência ao usuário no percurso da viagem, antes do embarque e após o desembarque.**GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA:**

( ) Dependência total de cadeira de rodas

( ) Dependência parcial de cadeira de rodas, possui capacidade de deslocamento em ambientes com auxílio de barras paralelas, dispositivos auxiliares de marcha ou assistência de outra pessoa, porém requer cadeira de rodas para trajetos longos.

( ) Dependência total de andador

( ) Não depende de andador e cadeira de rodas em condição alguma podendo utilizar o transporte coletivo comum.

**O paciente pode ser transportado em vans acessíveis do PAI-Serviço?**

( ) Sim, o transporte é adequado \*ou ( ) Não, o usuário precisa de cuidados especiais

**\*Os veículos do Pai-Serviço não se configuram como veículos do tipo ambulância e não dispõem de pontos de recarga elétrica e abastecimento de oxigênio.**

Observações complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: Avaliação válida somente sem rasuras, com carimbo, data e assinatura do médico, com CRM Ativo.**

Assinatura do usuário ou responsável

Assinatura do médico e carimbo com CRM

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRINCIPAIS DESTINOS**

Local 1: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Local 2: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Ponto de Referência: \_\_\_\_\_