

Código Empresa

Matrícula*

DC

Participante

Endereço Residencial

Cidade

Estado

CEP

DDD

Telefone Residencial

DDD

Telefone Comercial

Nome do Beneficiário

Parentesco

M
Sexo

F

Data de Nascimento

As informações abaixo deverão ser fornecidas pelo médico responsável, que também deverá assinar e carimbar no campo específico:

Caracterização global da deficiência

1- Tipo

Mental

Física

Sensorial (visual)

Sensorial (auditiva)

2- Serviços indicados para reabilitação

Escola especial

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Psicologia

Terapia Ocupacional

Código Internacional de Doenças (CID)

Data de início da deficiência

Relatório clínico (evolução e prognóstico)

Assinatura/carimbo do médico responsável

CRM

Data

Avaliação Social

Assinatura/carimbo

GRESS

Data

Parecer da Assessoria Médica (Funcesp)

Aprovação Funcesp

Assinatura/carimbo/CRM

Data

Assinatura/carimbo/CRM

Data

Eu, _____ declaro estar ciente e de acordo com as regras do programa, seus objetivos, limitações, direitos e deveres expressas em regulamento próprio, disponível para consulta no portal da Funcesp.

Assinatura

Data