

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