



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO  
COMPANHIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES DE OSASCO

---

Servindo



Nome :

Data de Nascimento:  Idade:  Sexo:

Nacionalidade:  Naturalidade:

RG:  CPF:

Escolaridade:

---

**Filiação**

**Mãe**

RG:  CPF:

Tel.  Celular:

E-mail:

**Pai**

RG:  CPF:

Tel.  Celular:

E-mail:

**Responsável legal**

RG:  CPF:

Tel.  Celular:

E-mail:



---

**Endereço**

Rua/Av.

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Município:

---

**Questionário de Independência**

Em uma escala de 1 a 3, onde os números representam respectivamente:

**1** Dependência completa

**2** Dependência supervisionada

**3** Independência completa

**Autocuidado**

- Alimentação \_\_\_\_\_
- Higiene Pessoal (lavar mãos e escovar os dentes) \_\_\_\_\_
- Banho \_\_\_\_\_
- Se vestir \_\_\_\_\_
- Utilização do vaso sanitário \_\_\_\_\_

**Mobilidade**

- Andar \_\_\_\_\_

**Comunicação**

- Compreensão cognitiva \_\_\_\_\_
  - Expressão \_\_\_\_\_
  - Alfabetizado \_\_\_\_\_
-



## Questionário Médico

Costuma permanecer muito tempo sentado (a)?  Sim  Não

Antecedente Cirúrgico?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Alergias?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Funcionamento intestinal regular?  Sim  Não

Obs. \_\_\_\_\_

Alimentação balanceada?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Faz algum tratamento médico?  Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Portador de marcapasso?  Sim  Não

Obs. \_\_\_\_\_

Varizes?  Sim  Não

Obs. \_\_\_\_\_

Lesões?  Sim  Não

Obs. \_\_\_\_\_

Hipertensão

Hipotensão

Epilepsia

Diabetes

Convulsão

### **Termo de Compromisso**

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

Osasco, dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do Responsável