



CIDADANIA SOBRE RODAS

**PROGRAMA PARA 1ª HABILITAÇÃO NA CATEGORIA 'B' EM VEÍCULOS ADAPTADOS
PARA CANDIDATOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DE BAIXA RENDA**

Questionário de avaliação

Posto de Habilitação _____

Nº de inscrição _____

Nome: _____

Filiação: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado () outros

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel. para contato: () residencial _____ () celular _____

Moradia: () própria () alugada () outros _____

Escolaridade: 1º grau () completo () incompleto

2º grau () completo () incompleto

3º grau () completo () incompleto Curso: _____

Profissão: _____

Atividade atual: () trabalha () estuda () sem atividade

Renda própria: () não

() sim Valor: R\$ _____

Renda familiar: R\$ _____

Aposentado: () não

() sim () por invalidez? Valor: R\$ _____

Por que deseja se habilitar? _____

Que benefício a Habilitação trará para sua vida? _____

Por que ainda não se habilitou? _____

Possui automóvel? () sim () não

Pretende comprar algum veículo? () não

() sim () novo () usado

Em caso afirmativo, como poderia adquirir o veículo? () à vista () financiado () outros

Observações: _____

Descrição do defeito / deficiência física

() congênita

() adquirida

() por acidente de trânsito () outros traumas ou acidentes

Desde quando? _____

Descreva _____

Apresenta alguma das situações abaixo?

Amputação

() membro superior esquerdo () total () parcial

() membro superior direito () total () parcial

() membro inferior esquerdo () total () parcial

() membro inferior direito () total () parcial

Paralisia total ou parcial:

() membro superior esquerdo () membro superior direito

() membro inferior esquerdo () membro inferior direito

Necessita de acompanhante para sua locomoção? () sim () não

É cadeirante? () sim () não

É usuário de prótese ou aparelhos ortopédicos? () não

() sim Descreva _____

Apresenta baixa estatura? () não () sim Altura: _____

Apresenta outras deformidades congênitas ou adquiridas? () não

() sim Descreva _____

Alguma vez foi avaliado(a) pela Perícia Médica do Detran? () sim () não

Já teve alguma experiência em direção veicular? () sim () não

Município de preferência para treinos práticos e prova prática de direção veicular:

() Rio de Janeiro (capital)

() Volta Redonda

() Cabo Frio

() Campos

() Petrópolis

Declaro serem verdadeiras todas as informações prestadas

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM ANEXADOS

=> Cópia autenticada da carteira de identidade

=> Cópia autenticada do CPF

=> Cópia de declaração do Imposto de Renda e/ou contracheque

=> Cópia de comprovante de residência