



ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES AUDITIVOS, PAIS, AMIGOS E USUÁRIOS DE IMPLANTE COCLEAR

AL. DR. OCTÁVIO PINHEIRO BRISOLLA, 4-40 - JD BRASIL CEP 17012-059 BAURU - SP

DADOS CADASTRAIS

NOME DO IMPLANTADO		DATA DE NASCIMENTO
RESPONSÁVEL PELO IMPLANTADO		GRAU DE PARENTESCO
CPF	RG	
PAI (DO IMPLANTADO)		
MÃE (DO IMPLANTADO)		

MEIOS DE CONTATO

ENDEREÇO		
BAIRRO		CIDADE
CEP	ESTADO	E-MAIL
TELEFONE RESIDENCIAL		CELULAR 1
TELEFONE (RECADOS)		CELULAR 2
FGA. REABILITADORA RESPONSÁVEL		CONTATO

DADOS DO(S) IMPLANTE(S)

ORELHA DIREITA				ORELHA ESQUERDA			
NOME DO HOSPITAL DA CIRURGIA				NOME DO HOSPITAL DA CIRURGIA			
<input type="checkbox"/> SUS		<input type="checkbox"/> CONVÊNIO		<input type="checkbox"/> SUS		<input type="checkbox"/> CONVÊNIO	
<input type="checkbox"/> AÇÃO JUDICIAL		<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> AÇÃO JUDICIAL		<input type="checkbox"/> PARTICULAR	
AB	COCHLEAR []22 []24	MEDEL	NEURELEC	AB	COCHLEAR []22 []24	MEDEL	NEURELEC
<input type="checkbox"/> HARMONY	<input type="checkbox"/> FREEDOM	<input type="checkbox"/> JOPUS 2	<input type="checkbox"/> SAPHYR	<input type="checkbox"/> HARMONY	<input type="checkbox"/> FREEDOM	<input type="checkbox"/> JOPUS 2	<input type="checkbox"/> SAPHYR
<input type="checkbox"/> NAÍDA	<input type="checkbox"/> NUCLEUS 5	<input type="checkbox"/> RONDO	<input type="checkbox"/> NEURO ONE	<input type="checkbox"/> NAÍDA	<input type="checkbox"/> NUCLEUS 5	<input type="checkbox"/> RONDO	<input type="checkbox"/> NEURO ONE
<input type="checkbox"/> NEPTUNE	<input type="checkbox"/> NUCLEUS 6	<input type="checkbox"/> SONNET		<input type="checkbox"/> NEPTUNE	<input type="checkbox"/> NUCLEUS 6	<input type="checkbox"/> SONNET	
NÚMERO PROCESSADOR	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ATIVAÇÃO		NÚMERO PROCESSADOR	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ATIVAÇÃO	
1	1	1		1	1	1	
NÚMERO PROCESSADOR	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ATIVAÇÃO		NÚMERO PROCESSADOR	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ATIVAÇÃO	
2	2	2		2	2	2	

IMPORTANTE: Preencher e enviar a ADAP os seguinte itens: Ficha de Cadastro, Termo de compromisso assinado, 1 foto 3x4 do implantado, cópia do RG e CPF do responsável, cópia do comprovante de endereço.

Poderá ser enviado via correio no endereço acima ou versão digital para o e-mail: adap@adap.org.br