

**PMSJC**

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA
FICHA MÉDICA
TRANSPORTE ADAPTADO
"ESTÁ FICHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS APÓS PREENCHIDA"



SERVIÇO DE TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA EM ALTO GRAU DE
 DEPENDÊNCIA, EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO DECRETO MUNICIPAL Nº 17.767/18

**ATENÇÃO: ESTA FICHA SÓ SERÁ CONSIDERADA VÁLIDA SE
 TODOS OS ITENS FOREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO.**

NOME COMPLETO DO INTERESSADO	DATA NASCIMENTO	SEXO MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO		CEP
BAIRRO		TEL.

1. A DEFICIÊNCIA FÍSICA É TEMPORÁRIA?

SIM QUANTOS MESES? _____ NÃO, A DEFICIÊNCIA É PERMANENTE.

2. TIPO DE DEFICIÊNCIA:

PARAPLEGIA PARALISIA CEREBRAL AMPUTAÇÃO DE MEMBROS SUPERIORES
 HEMIPLEGIA SEQÜELA DE POLIOMIELITE TETRAPLEGIA
 AGENESIA OU ATROFIA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES OUTRO (QUAL ?): _____

3. APARELHOS QUE USA NORMALMENTE:

CADEIRA DE RODAS SIMPLES DOBRÁVEL CADEIRA DE RODAS SIMPLES NÃO-DOBRÁVEL
 MULETAS CANADENSES MULETAS AXILARES
 PRÓTESES / ÓRTESES DE MEMBROS SUP. PRÓTESES / ÓRTESES DE MEMBROS INF.
 ANDADOR RESPIRADOR
 OUTRO: _____ NÃO USA APARELHOS

OBS: QUANDO UTILIZA CADEIRA DE RODAS SIMPLES DOBRÁVEL, O INTERESSADO PODE SAIR DA CADEIRA E SENTAR NO BANCO DO VEÍCULO QUANDO UTILIZAR O TRANSPORTE ADAPTADO?

SIM NÃO

4. NECESSITA AJUDA (ACOMPANHANTE, ATENDENTE PESSOAL, AMIGO, PARENTE) QUANDO VAI ANDAR DE ÔNIBUS?

NÃO SIM (JUSTIFIQUE O MOTIVO:) _____

5. SE FOR CREDENCIADO PARA UTILIZAR O SERVIÇO DE TRANSPORTE ADAPTADO NECESSITARÁ AJUDA DE ACOMPANHANTE?

NÃO SIM (JUSTIFIQUE O MOTIVO:) _____

6. COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE CHEGAR ATÉ O PONTO DE ÔNIBUS MAIS PRÓXIMO DE SUA RESIDÊNCIA?

NÃO SIM SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

7. COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE SUBIR ATÉ 20 DEGRAUS?

NÃO SIM SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

8. COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE USAR ESCADAS ROLANTES:

NÃO SIM

9. COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE ENTRAR E SAIR DO TERMINAL DE TRANSPORTE?

NÃO SIM SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

10. COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE ENTRAR, VIAJAR E SAIR DO ÔNIBUS:

NÃO SIM SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

11. COM OU SEM APARELHOS, QUANTO TEMPO CONSEGUE FICAR EM PÉ PARA ESPERAR O ÔNIBUS?

- 5 MIN. 10 MIN. 15 MIN. 20 MIN. SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

12. SE NÃO CONSEGUE UTILIZAR ÔNIBUS, INDIQUE AS RAZÕES DISSO (ASSINALAR TODAS AS QUE FOREM APLICÁVEIS):

- A DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA AO PONTO DE ÔNIBUS É MUITO LONGA.
 QUANDO NÃO HÁ REBAIXADAS OU CALÇADAS REGULARES.
 OUTRA (QUAL?) _____
 NÃO SE APLICA _____

13. SE ASSINALOU ALGUMA RAZÃO QUANTO A NÃO CONSEGUIR USAR ÔNIBUS, EXPLICAR DE QUE FORMA A DEFICIÊNCIA IMPEDE A PESSOA DE FAZER TAIS VIAGENS: _____

CLASSIFICAÇÃO MÉDICA DO NÍVEL DE REDUÇÃO DA MOBILIDADE

SEGUNDO ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, O INTERESSADO CLASSIFICA-SE NO SEGUINTE NÍVEL:

- NÍVEL III NÃO TEM CONDIÇÕES DE LOCOMOVER-SE ATÉ O PONTO DE ÔNIBUS E TAMBÉM NÃO CONSEGUE SUBIR, DESCER OU USAR ÔNIBUS COM OU SEM AJUDA.
- NÍVEL II LOCOMOVE-SE SEM AJUDA, NA IDA E VOLTA, ATÉ O PONTO DE ÔNIBUS COM DIFICULDADE, E CONSEGUE SUBIR, DESCER OU USAR ÔNIBUS COM AJUDA.
- NÍVEL I LOCOMOVE-SE SEM AJUDA, NA IDA E VOLTA, ATÉ O PONTO DE ÔNIBUS SEM GRANDE DIFICULDADE, E CONSEGUE SUBIR, DESCER OU USAR ÔNIBUS SEM AJUDA.

OBSERVAÇÕES:

Estou ciente que os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis informados serão tratados por essa municipalidade, de acordo com o art. 7º, incisos II e III, da lei federal N. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados e art. 5º, inciso I, do decreto municipal N. 18.855/2021.

_____/_____/_____
DATA

NOME E ASSINATURA DO REQUERENTE

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO (CARIMBO E ASSINATURA)

CID Nº

DATA