



PREFEITURA DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO, MOBILIDADE E TRANSPORTE

ANEXO ÚNICO

AVALIAÇÃO PARA GRATUIDADE DE TRANSPORTE COLETIVO COM CARD – ACESSIBILIDADE

1. DADOS DO SOLICITANTE

Nome:		Data de nascimento: ___ / ___ / ___	
Nome da Mãe:		Sexo: () Masculino () Feminino	
CPF:	RG/RNE:	Órgão emissor do RG:	
Nº Cartão do SUS:	Email:		
End:	Nº:	Complemento:	
CEP:	Município:	Tel: ()	

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:			
End:	Nº:	Complemento:	
Município:		CEP:	
CNES:	CNPJ:	Tel: ()	
Nome do Médico:		CRM:	
Especialidade do Médico:			

3. A DEFICIÊNCIA FÍSICA É TEMPORÁRIA?

Sim () Quantos meses? _____

Não ()

4. TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

4.1 APARELHOS QUE USAM NORMALMENTE

<input type="checkbox"/> Andadores	<input type="checkbox"/> Muletas Auxiliares	<input type="checkbox"/> Próteses/órges de Membros Superiores
<input type="checkbox"/> Respiradores	<input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Simples Dobrável	<input type="checkbox"/> Próteses/órges de Membros Inferiores
<input type="checkbox"/> Muletas canadenses	<input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Simples Não Dobrável	
	<input type="checkbox"/> Outros. Qual?	

4.2 A PESSOA COM CADEIRA DE RODAS CONSEGUE ACESSAR O ÔNIBUS CONVENCIONAL COM O USO DO ELEVADOR E ASSISTÊNCIA DO MOTORISTA?

Sim ()	Não ()
---------	---------

4.3 COM OU SEM APARELHOS, CONSEGUE SUBIR DEGRAUS?

Sim ()	Não ()
---------	---------

5. TIPO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Perda Parcial ()	Perda Total ()
-------------------	-----------------

5.1 GRAUS E NÍVEIS DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

<input type="checkbox"/> De 25 a 40 Decibéis (dB) – surdez leve	<input type="checkbox"/> De 56 a 70 Decibéis (dB) – surdez acentuada	<input type="checkbox"/> Acima de 91 Decibéis (dB) – surdez profunda
<input type="checkbox"/> De 41 a 55 Decibéis (dB) – surdez moderada	<input type="checkbox"/> De 71 a 90 Decibéis (dB) – surdez severa	<input type="checkbox"/> Anacusia

6. DEFICIÊNCIA VISUAL?

Acuidade visual igual ou menos que 20/200 ()

Campo Visual Inferior a 20°(Tabela de Snellen) ()

7. DEFICIÊNCIA MENTAL?

Sim ()	Não ()
---------	---------

8. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA (ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DEFICIÊNCIAS: MENTAL, AUDITIVA, FÍSICA OU VISUAL)?

Sim ()	Não ()
---------	---------

9. NECESSITA DE AJUDA (ACOMPANHANTE, ATENDENTE PESSOAL, FAMILIAR OU PARENTE) QUANDO VAI UTILIZAR O ÔNIBUS?

Sim () Justifique: _____	Não ()
---------------------------	---------

10. POSSUI DIAGNÓSTICO ASSOCIADO DO TRANSTORNO DE ESPECTRO DO AUTISMO CONFIRMADO POR LAUDO OU OUTRO TIPO DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL?

Sim () CID: _____	Não ()
--------------------	---------

11. O INTERESSADO PODERÁ UTILIZAR O TRANSPORTE SOZINHO?

Sim ()	Não ()
---------	---------

12. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR:

() Benefício para Transporte Coletivo Convencional

() Necessidade de acompanhante

() Benefício para Transporte Coletivo Especializado

() Não há necessidade de acompanhante

13. EXAME CLÍNICO COM A DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS E/OU SEQUELAS E DA NECESSIDADE DO ACOMPANHANTE
(Preenchimento Obrigatório)

ATESTO, para fins de solicitação de concessão do “COM Card – Acessibilidade”, que o solicitante acima qualificado e identificado nesta data, é possuidor da deficiência, classificada com a respectiva CID 10 e os comprometimentos descritos no presente Relatório Médico, apresentando os laudos dos exames (anexo), conforme previsto nas normas reguladoras vigentes.

Assinatura do Solicitante	Data de emissão: ___ / ___ / ___	Assinatura do Médico e Carimbo com Nome e CRM legíveis
---------------------------	----------------------------------	--