

**PMSJC**

**SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA  
ATENDIMENTO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
FICHA MÉDICA - VAN**  
"ESTÁ FICHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS APÓS PREENCHIDA"



3 X 4

PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE REDUZIDA EM CONFORMIDADE COM O DISPOSTO NO DECRETO Nº 13107/08	Nº
<b>ATENÇÃO: ESTA FICHA SÓ SERÁ CONSIDERADA VÁLIDA SE TODOS OS ITENS FOREM PREENCHIDOS PELO MÉDICO.</b>	

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: NO APARELHO CADEIRA DE RODAS SIMPLES DOBRÁVEL A PESSOA PODE SAIR DA CADEIRA E SENTAR NO BANCO 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 VANS ADAPTADAS NECESSITARÁ AJUDA DE ACOMPANHANTE?**

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO  SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

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

SIM  NÃO  SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO  SOMENTE COM AJUDA DE ALGUÉM  SOMENTE SE HOUVER ELEVADOR

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

SIM  NÃO  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:**

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO (CARIMBO E ASSINATURA)

CID Nº

DATA