

**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
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: 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