



## AVALIAÇÃO PARA GRATUIDADE DE TRANSPORTE COLETIVO COM CARD - ACESSIBILIDADE

### 1. DADOS DO SOLICITANTE

NOME:		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
NOME DA MÃE:		SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )	
END:	Nº:	COMPLEMENTO:	
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	
CPF:	RG/RNE:	ORGÃO EMISSOR DO RG:	
EMAIL:			

### 2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

NOME:			
END:	Nº:	COMPLEMENTO:	
MUNICÍPIO:		CEP:	
CNES:	CNPJ:	TELEFONE:	
NOME DO MÉDICO:		CRM:	
ESPECIALIDADE:			

### 3. A DEFICIÊNCIA FÍSICA É TEMPORÁRIA?

SIM ( ) QUANTOS MESES? \_\_\_\_\_ NÃO ( )

### 4. TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA:

( ) Paraplegia	( ) Paralisia Cerebral	( ) Amputação de Membros Superiores
( ) Hemiplegia	( ) Sequela de Poliometite	( ) Outros, qual? _____
( ) Agenesia ou Atrofia	( ) Amputação de Membros Inferiores	

### 4.1. APARELHOS QUE USA NORMALMENTE:

( ) Cadeira de Rodas Simples Dobrável	( ) Cadeira de Rodas Simples não Dobrável	( ) Andadores
( ) Muletas Canadenses	( ) Muletas Axilares	( ) Respiradores
( ) Próteses / Órteses de Membros Superiores	( ) Próteses / Órteses de Membros Inferiores	( ) 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

( ) DE 25 A 40 DECIBÉIS (db) - surdez leve	( ) DE 56 A 70 DECIBÉIS (db) - surdez acentuada	( ) ACIMA DE 91 DECIBÉIS (db) - surdez profunda
( ) DE 41 A 55 DECIBÉIS (db) - surdez moderada	( ) DE 71 A 90 DECIBÉIS (db) - surdez severa	( ) 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?

NÃO ( ) SIM ( ) JUSTIFIQUE: \_\_\_\_\_

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

NÃO ( ) SIM ( ) CID: \_\_\_\_\_

### 11. O INTERESSADO PODERÁ UTILIZAR O TRANSPORTE SOZINHO?

SIM ( ) NÃO ( )

### 12. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO DO MÉDICO:

( ) BENEFÍCIO PARA TRANSPORTE COLETIVO CONVENCIONAL	( ) NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE
( ) BENEFÍCIO PARA TRANSPORTE COLETIVO ESPECIALIZADO - BRAFÁCIL	( ) 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