



FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA (Preenchimento exclusivo do médico pessoal)

Data de retirada

___/___/___

BENEFÍCIO TRANSPORTE ESPECIAL ADAPTADO PORTA A PORTA É destinado, exclusivamente, às pessoas com deficiência física com comprometimento severo da mobilidade, associada ou não a outra deficiência, as quais não apresentem condições de se locomover com autonomia nos demais meios de transporte coletivo Adaptado **conforme decreto 8701/2002 e Resolução 21/2002.**

Nome completo do candidato:

RG do candidato: CPF do candidato: Telefone p/ contato:

Diagnóstico principal: CID:

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA

1- Classificação (preencher somente um dos campos)

Obs.: Não serão contempladas com o transporte as pessoas com as doenças: IRC, Diabetes, Câncer, Aids, Obesidade Mórbida, bem como, com deficiências mentais, visuais e auditivas, se não estiverem associadas à deficiência motora com comprometimento severo da mobilidade.

Assinale a classificação na qual o paciente se enquadre

1ª - [] **Dependência total de cadeira de rodas**

Utiliza cadeira de rodas em todos os ambientes da comunidade, impulsionando-a ou sendo impulsionado por outra pessoa.

Observações: _____

2ª - [] **Não utiliza cadeira de rodas**

2 - Condição atual da incapacidade para locomoção (preencher somente um dos campos)

1ª [] Progressiva

2ª [] Estável ou permanente

3ª [] Temporária.

3 - Necessidade de acompanhante (preencher somente um dos campos)

O paciente necessita de acompanhante [] Sim [] Não

4 - Equipamento utilizado pelo paciente

Obs.: 1. Cadeira de Rodas própria é condição para o transporte do usuário do Porta a Porta

2. O Serviço Porta a Porta não transporta na condição "deitado"

Cadeira de Rodas

Tipo:

1º [] Cadeira de rodas Manual

2º [] Cadeira de rodas Motorizada

5 - Condições exigidas para transporte

Pode ser transportado em assento comum de passageiro Pode ser transportado **somente** em cadeira de rodas

6-Fatores agravantes associados- outras deficiências ou condições que, **associadas à deficiência** física, agravam a condição de locomoção.

Assinale os fatores em que o paciente se enquadre.

• **1ª - Distúrbios do comportamento**

Agitação Agressividade Comportamento autista
Piora mobilidade Sim Não

• **2ª - Deficiência sensorial**

Visual-Bilateral > 80% de perda
 Auditiva-Bilateral grave/profunda
Piora mobilidade Sim Não

• **3ª - Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido**

Leve Moderada Grave
Piora mobilidade Sim Não

• **4ª - Outras enfermidades**

Cardiopatía, epilepsia, etc. Especificar:
Piora mobilidade Sim Não

7 -Médico responsável pela avaliação

Nome: _____ CRM nº _____

Local de atendimento: _____

Endereço: _____ nº _____

Telefone: _____ Data de atendimento: ____ de ____ de ____

Carimbo e assinatura do médico

ATENÇÃO: As informações solicitadas nos quadros **1 a 6** devem ser prestadas em **caráter obrigatório** sem as quais o processo de inscrição não pode ser concluído.

Para uso do Núcleo de Benefícios e Gratuidade

Ficha de avaliação devolvida em _____ de _____ de _____

Recebida por: _____
Nome do Atendente

Assinatura