

**RESOLUÇÃO n. 002/2017/FCEE**

Dispõe sobre regras e procedimentos para concessão do benefício da gratuidade do transporte rodoviário intermunicipal de passageiros dos serviços de navegação interior de travessias a pessoas com deficiências, transtorno do espectro autista e atraso global do desenvolvimento.

**CONSIDERANDO** a necessidade de estabelecer regras e procedimentos para concessão do benefício da gratuidade do transporte rodoviário intermunicipal para passageiros com deficiências, transtorno do espectro autista e atraso global do desenvolvimento, o Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial - FCEE no uso de suas atribuições resolve:

**Art. 1.** Nos termos do Decreto n. 1.792, de 21 de outubro de 2008, que regulamenta a Lei n. 1.162, de 30 de novembro de 1993, alterada pela Lei n. 13.740, de 25 de abril de 2006, fazem jus à gratuidade no transporte coletivo de passageiros as pessoas com deficiência física, intelectual, visual, auditiva, com transtorno do espectro autista e atraso global do desenvolvimento, conforme definições desta resolução.

**Art. 2.** Para efeitos desta resolução considera-se:

**§1º. Deficiência física** alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, nanismo, amputação, ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; comprovados pelo preenchimento da escala de Medida de Independência Funcional – MIF (Anexo1); as dificuldades nas funções de locomoção (marcha/cadeira de rodas e escadas) ou as dificuldades de autocuidados (vestir-se/despirm-se);

**I. LOCOMOÇÃO - Marcha/Cadeira de Rodas:** Esta atividade consiste em andar estando de pé ou usar cadeira de rodas estando sentado em uma superfície plana. Se a pessoa usa os dois modos de locomoção com a mesma frequência, indique ambos.

**a. SEM AJUDA:**

**a.1) Independência completa:** Anda pelo menos 50 metros sem dispositivos auxiliares. Não usa cadeira de rodas. Executa com segurança.

**a.2) Independência modificada:** **Se a pessoa anda:** Anda pelo menos 50 metros, mas usa um apoio (órtese) ou prótese em membro inferior, sapatos especiais, bengala, muletas ou andadores. Leva um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança. **Se a pessoa não anda:** opera cadeira de rodas manual ou motorizada independentemente por um mínimo de 50 metros; dá

voltas; manobra cadeira até a mesa, cama ou vaso sanitário; consegue transpor uma inclinação de pelo menos 3 graus; manobra a cadeira de rodas sobre tapetes e soleiras de portas ou espaços apertados.

**a.3) Exceção (Deambulação Domésticas):** Anda apenas pequenas distâncias (mínimo de 15 metros) com ou sem dispositivo. Pode levar um tempo acima do razoável ou a riscos de segurança. Ou conduz independentemente uma cadeira de rodas manual ou elétrica por curtas distâncias (mínimos de 15 metros).

**b. COM AJUDA:**

**b. 1) Supervisão: Se a pessoa anda:** requer o cuidador ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão para andar um mínimo de 50 metros. **Se a pessoa não anda,** requer o cuidador ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão para conduzir a cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.

**b. 2) Assistência com Contato Mínimo:** quando o cuidador precisa apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

**b. 3) Assistência Moderada:** a pessoa executa 50 a 74% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

**b. 4) Assistência Máxima:** a pessoa executa 25 a 49% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 15 metros. Requer a assistência de um cuidador.

**b. 5) Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% do esforço ou requer assistência de dois cuidadores ou não anda o mínimo de 17 metros.

**II. LOCOMOÇÃO - ESCADAS:** Esta atividade consiste em subir e descer um lance de escadas (12 a 14 degraus) em ambiente fechado, casa ou trabalho/comunidade.

**a. SEM AJUDA:**

**a.1) Independência completa:** Sobe e desce pelo menos um lance de escadas sem corrimão ou apoio. Executa com segurança.

**a.2) Independência modificada:** Sobe e desce pelo menos um lance de escadas requerendo corrimão ou algum tipo de apoio. Leva um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança.

**a.3) Exceção (Deambulação Doméstica):** Sobe e desce 4 a 6 degraus de escadas independentemente, com ou sem dispositivo auxiliar. Pode levar um tempo acima do razoável ou a riscos de segurança.

**b. COM AJUDA:**

**b.1) Supervisão:** Requer o cuidador ao lado, com ou sem encorajamento, sugestão ou incentivando para subir e descer um lance de escadas.

**b.2) Assistência com Contato Mínimo:** quando o cuidador precisa apenas tocar a pessoa para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escadas.

**b.3) Assistência Moderada:** a pessoa executa 50 a 74% do esforço para subir e descer um lance de escadas.

**b.4) Assistência Máxima:** a pessoa executa 25 a 49% do esforço para subir e descer 4 a 6 degraus. Requer a assistência de um cuidador.

**b.5) Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% do esforço ou requer assistência de dois cuidadores ou não sobe e desce 4 a 6 degraus e é carregada;

## **II. AUTO-CUIDADOS – Vestir-se/Despir-se:**

### **a) SEM AJUDA:**

**a.1) Independência Completa:** Vestir-se e despir-se, buscando obter as roupas de armários e gavetas, manejando agasalhos ou camisas abertas ou fechadas, sutiãs, zíperes e botões; coloca e remove próteses ou órteses. Desempenho seguro.

**a.2) Independência Modificada:** exige adaptações (como o velcro ou dispositivo de ajuda), ou assistência (incluindo prótese e órtese), ou despende um tempo acima do razoável.

### **b) COM AJUDA:**

**b.1) Supervisão ou Preparação:** exige supervisão (estar com alguém do lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou de equipamento especializado).

**b.2) Assistência com contato mínimo:** quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais das tarefas.

**b.3) Assistência Moderada:** a pessoa executa 50% a 74% das tarefas.

**b.4) Assistência Máxima:** a pessoa executa 25% a 49% das tarefas.

**b. 5) Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

## **III. AUTO CUIDADOS – Higiene Pessoal:**

### **a) SEM AJUDA:**

**a.1) Independência Completa:** limpa dentes, penteia ou escova o cabelo, lava as mãos e o rosto, barbeia-se ou maquia-se incluindo os preparativos. Se não houver opção entre barbear-se ou maquiar-se, desconsidere essa questão. Realização em segurança.

**a.2) Independência Modificada:** Quando é preciso equipamento especializado (incluindo prótese ou órtese), ou quando toma mais tempo que o razoável, ou quando exige cuidados de segurança.

### **b) COM AJUDA:**

**b.1) Supervisão ou preparação:** exige supervisão (por exemplo, estar alguém do lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese, dispor o equipamento, preparativos iniciais tais como aplicar pasta de dentes na escova, abrir embalagens de maquiagem).

**b.2) Assistência com contato mínimo:** quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais das tarefas.

**b.3) Assistência Moderada:** a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

**b.4) Assistência Máxima:** a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

**b.5) Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

**§2º Deficiência Intelectual de nível de gravidade moderado a profundo:** Transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui deficits funcionais, tanto intelectual quanto adaptativo, nos domínios conceitual, social e prático;

**§3º Transtorno do Espectro Autista:** caracteriza-se por deficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo deficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos;

**§4º Deficiência visual:** acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (Tabela de Snellen);

**§5º Deficiência auditiva - neuro sensorial bilateral,** aferida por Audiometria Tonal e Vocal, conforme classificação Davis Silvermman ou exame eletrofisiológico (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - PEATE). Estando nas frequências de 500, 1000, 2000 Hz com grau moderado, severo ou profundo;

**§6º Atraso Global no Desenvolvimento:** categoria comumente utilizada antes dos 04 anos e 11 meses, quando o indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. Esse diagnóstico é utilizado para indivíduos que estão incapacitados de participar de avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluído crianças jovens demais para participar de testes padronizados. Por ser um diagnóstico provisório, é uma categoria que requer avaliação após um determinado período de tempo;

**§7º Deficiência múltipla** associação de duas ou mais deficiências.

**Art. 3.** A comprovação da deficiência e da patologia deverá ser efetuada por laudo diagnóstico emitido por médico Neurologista, Ortopedista, Reumatologista, Urologista, Pneumologista, Fisiatra ou Oncologista em que conste obrigatoriamente o código da doença correspondente à Classificação Internacional de Doenças – CID mais recente e o CID da deficiência ou funcionalidade.

**Parágrafo único:** As dificuldades para o desempenho de funções, deverá ser comprovada, utilizando a Medida de Independência Funcional - MIF, conforme “Anexo 1”.

**Art. 4.** A emissão do laudo diagnóstico será efetuada por equipe multidisciplinar da FCEE para usuários em processo de avaliação diagnóstica na própria FCEE ou por Instituição Especializada credenciada por ela indicada.

**Art. 5.** Os *laudos de avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico* deverão ser emitidos por médico especialista e/ou Equipe Multidisciplinar da seguinte forma:

§1º A equipe de *avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico* das Instituições Especializadas credenciadas deverá ser composta por Médico e/ou Equipe Multidisciplinar formada no mínimo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Fonoaudiólogo.

§2º O *laudo de avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico*, que será baseado no “ANEXO 1” será efetuado pelo médico e/ou equipe Multidisciplinar da FCEE ou médico e/ou equipe multidisciplinar de Instituição Especializadas por ela credenciada e apenas será analisado quando todos os dados forem preenchidos de forma adequada.

**Art. 6.** O laudo de *avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico* deverá conter o laudo diagnóstico referenciado no “Artigo 3”, os exames específicos dispostos no “Art. 2” para deficiência auditiva e deficiência visual e o “Anexo 1” devidamente preenchido, cuja documentação será analisada e endossada pelos seguintes profissionais de acordo com cada deficiência a saber:

§1º **Deficiência Intelectual:** Médico **ou** Psicólogo;

§2º **Deficiência Auditiva:** Médico **ou** Fonoaudiólogo;

§3º **Deficiência Física:** Médico **ou** Fisioterapeuta **ou** Terapeuta Ocupacional;

§4º **Deficiência Visual:** Médico **ou** Optometrista;

§5º **Transtorno do Espectro Autista:** Médico **ou** Psicólogo;

§6º **Atraso Global no Desenvolvimento:** Médico **ou** Equipe Multidisciplinar.

**Parágrafo único:** Os requisitos expostos neste artigo deverão ser integralmente cumpridos e o preenchimento do “Anexo 1” deverá estar de acordo com as escalas indicadas no documento em questão, para que haja prosseguimento nos trâmites da *avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico*.

**Art. 7.** A FCEE credenciará Instituições Especializadas através de acordo de cooperação visando que a Instituição faça a emissão do laudo de *avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico* para fins de concessão do benefício de gratuidade de transporte rodoviário intermunicipal de acordo com o Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008.

**Art. 8.** Após celebração de acordo de cooperação, a FCEE irá:

a) Cadastrar a Instituição, a equipe técnica e o profissional que atuará no Sistema Integrado de Transporte de Passageiros - SITRAP;

- b) Capacitar o profissional designado para o uso do SITRAP;
- c) Receber as carteiras do DETER e encaminhá-las para as Instituições credenciadas;

**Art. 9.** A Instituição credenciada se responsabilizará civil e criminalmente pela veracidade do laudo de avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico que efetuar.

**Art. 10.** O beneficiário terá direito a gratuidade de 01 (um) acompanhante com idade mínima de 18 (dezoito) anos, **sempre em sua presença**, mediante necessidade expressa em laudo diagnóstico fornecido por equipe multiprofissional, conforme critérios do § 1º do Art. 5º do Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008.

**Art. 11.** A condição de acompanhante deverá estar expressa na carteira do beneficiário.

**Art.12.** Para a concessão do benefício de gratuidade de transporte intermunicipal, os interessados apresentarão os seguintes documentos, sem qualquer ressalva ou exceção:

- a) Cadastro de Pessoas Físicas – CPF;
- b) Carteira de Identidade – RG (ou Certidão de Nascimento);
- c) Comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone);
- d) CPF e RG do acompanhante e/ou responsável;
- e) Laudo diagnóstico da deficiência ou audiometria Tonal e Vocal ou exame eletrofisiológico (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico - PEATE), que comprove a deficiência, sua funcionalidade e o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) correspondente.

**Art.13.** As Instituições credenciadas deverão organizar-se para:

- a) Emissão do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico* e cadastro do beneficiário no SITRAP;
- b) Atender a todas as pessoas com deficiências e/ou atraso global do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista que procurarem a Instituição Credenciada, sendo da sua cidade ou próxima, não se restringindo apenas aos seus usuários ou associados e independente de que a deficiência do beneficiário.
- c) Informar à FCEE qualquer mudança da presidência da Instituição ou da equipe técnica composta por fisioterapeuta, psicólogo e operador do SITRAP;

**d)** Operar o SITRAP conforme os passos descritos no Manual do Usuário - OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE TRANSPORTE DE PASSAGEIROS – SITRAP enviado à Instituição Especializada juntamente com as senhas;

**e)** Enviar, para a FCEE, até o dia 10 de cada mês, cópia digitalizada dos laudos emitidos, exames e a ficha cadastral do beneficiário com parecer médico para o email: [passelivre@fcee.sc.gov.br](mailto:passelivre@fcee.sc.gov.br).

**Art. 14.** A renovação da carteira da pessoa com deficiência será efetuada a cada 03 (três) anos, na presença do beneficiário.

**Art. 15.** A necessidade de acompanhante será **reavaliada** a cada renovação;

**Art. 16.** Beneficiários com atraso global no desenvolvimento deverão apresentar laudo diagnóstico atualizado e, partir dos 04 (quatro) anos e 11 (onze) meses de idade especificar a deficiência conforme disposto no “Art. 2”

**Art. 17.** Em caso de extravio ou perda da carteira, para a obtenção de segunda via, o beneficiário deverá apresentar o Boletim de Ocorrência realizado em Delegacia de Polícia.

**Art. 18.** Caberá ao Departamento de Transporte e Terminais (DETER) a impressão gráfica da carteira de identificação de passe livre e o fornecimento destas para a FCEE, que encaminhará às Instituições credenciadas.

**§ 1º.** As fotos utilizadas na impressão/reimpressão das carteiras deverão ser captadas em fundo branco, em qualidade e tamanho adequados.

**§ 2º.** As solicitações de reimpressão só poderão ocorrer no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias por meio do SITRAP.

**§ 3º.** As solicitações de renovação da carteira só poderão ocorrer 45 (quarenta e cinco) dias antes da data prevista para término da utilização do benefício (validade da carteira).

**§ 4º.** O operador do SITRAP deverá averiguar todos os dados do beneficiário, incluindo os dados do acompanhante, quando houver direito, antes de encaminhar a solicitação por meio do SITRAP.

**§ 5º.** Se houver persistência na impressão repetida de carteiras com erros gráficos, caberá à FCEE e ao DETER aplicar as medidas cabíveis e fica a instituição obrigada ao ressarcimento dos respectivos custos operacionais.

**Art. 19.** Os casos de descumprimento dos critérios acima expostos, inclusive casos de falsificação de carteiras, poderão acarretar em:

**a)** Mudança do profissional operador do SITRAP;

**b)** Atribuição dos custos envolvidos na impressão/reimpressão inadequada à Instituição conveniada;

**c)** Descredenciamento e impedimento de realizar novo convênio pelo período de 02 (dois) anos.

**Art. 20.** Os casos omissos serão analisados pela FCEE.

**Art. 21.** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação,

São José/SC, 19 de setembro de 2017.

**ELITON VERARDI DUTRA**  
Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial

ANEXO 1

INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

REQUERENTE: \_\_\_\_\_

**Observação: A deficiência e a incapacidade devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência.**

**Conforme Decreto 1.792/2008, são elegíveis as pessoas com:**

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE	SIM	NÃO
-------------------------------	-----	-----

- 1. DEFICIÊNCIA FÍSICA:** pessoas com alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

- Identifique a patologia de base (primária) por extenso contemplando o CID:

Identifique a deficiência física por extenso (vide decreto 1.792/2008) contemplando o CID da deficiência física:

AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL - MIF: **MEMBROS INFERIORES**  
**Circle o nível de independência funcional abaixo:**

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – MARCHA/CADEIRA DE RODAS**

SEM ASSISTÊNCIA	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (ANDA PELO MENOS 50 METROS SEM DISPOSITIVOS AUXILIARES, EXECUTA COM SEGURANÇA)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (OPERA CADEIRA DE RODAS INDEPENDENTE POR NO MÍNIMO 50 METROS; ANDA POR PELO MENOS 50 METROS, MAS USA DISPOSITIVOS AUXILIARES)
COM ASSISTÊNCIA	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (REQUER CUIDADOR AO LADO COM OU SEM ENCORAJAMENTO PARA ANDAR OU CONDUZIR CADEIRA DE RODAS POR NO MÍNIMO 50 METROS)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (CUIDADOR PRECISA APENAS TOCAR A PESSOA EM AUXÍLIO PARA REALIZAÇÃO DA TAREFA; A PESSOA EXECUTA 75% OU MAIS DO ESFORÇO PARA ANDAR NO MÍNIMO 50 METROS)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PESSOA EXECUTA 50 A 74% DO ESFORÇO PARA ANDAR NO MÍNIMO 50 METROS)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PESSOA EXECUTA 25 A 49% DO ESFORÇO PARA ANDAR NO MÍNIMO 15 METROS; REQUER ASSISTÊNCIA DE UMA PESSOA)
	1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DO ESFORÇO OU REQUER ASSISTÊNCIA DE DOIS CUIDADORES OU NÃO ANDA NO MÍNIMO 17 METROS)

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – ESCADAS**

SEM ASSISTÊNCIA	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (SOBE E DESCE PELO MENOS UM LANCE DE ESCADAS SEM CORRIMÃO OU APOIO; EXECUTA COM SEGURANÇA)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (SOBE E DESCE PELO MENOS UM LANCE DE ESCADAS REQUERENDO CORRIMÃO OU ALGUM TIPO DE APOIO. TEMPO ACIMA DO RAZOÁVEL, HÁ RISCO DE SEGURANÇA)
COM ASSISTÊNCIA	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (REQUER CUIDADOR AO LADO, COM OU SEM ENCORAJAMENTO, SUGESTÃO OU INCENTIVANDO SUBIR E DESCER UM LANCE DE ESCADAS)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (CUIDADOR PRECISA APENAS TOCAR A PESSOA PARA REALIZAÇÃO DA TAREFA; A PESSOA EXECUTA 75% OU MAIS DO ESFORÇO PARA SUBIR E DESCER UM LANCE DE ESCADAS)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (A PESSOA EXECUTA 50% A 74% DO ESFORÇO PARA SUBIR E DESCER UM LANCE DE ESCADAS)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (A PESSOA EXECUTA 25 A 49% DO ESFORÇO PARA SUBIR E DESCER 4 A 6 DEGRAUS; REQUER ASSISTÊNCIA DE 01 SÓ CUIDADOR)
	1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DO ESFORÇO OU REQUER ASSISTÊNCIA DE DOIS CUIDADORES OU NÃO SOBRE E DESCE 4 A 6 DEGRAUS E É CARREGADA)

AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF: **MEMBROS SUPERIORES**

**Circule o nível de independência funcional abaixo:**

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – VESTIR-SE E DESPIR-SE**

<b>SEM ASSISTÊNCIA</b>	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (VESTIR-SE E DESPIR-SE, MANEJAR CAMISAS, ROUPA ÍNTIMA, SAIA, MEIA OU SAPATO, ZÍPER OU BOTÃO, TIRA E COLOCA ÓRTESE/PRÓTESE – COM DESEMPENHO)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (NECESSITA DE ADAPTAÇÕES (VELCRO) OU DISPOSITIVO DE AJUDA (ÓRTESE E PRÓTESE) OU TEMPO ACIMA DO RAZOÁVEL OU HÁ RISCOS DE SEGURANÇA)
<b>COM ASSISTÊNCIA</b>	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (REQUER ALGUÉM AO LADO COM OU SEM ENCORAJAMENTO OU PREPARAÇÃO PARA COLOCAR ÓRTESE E PRÓTESE)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (PESSOA EXECUTA 75% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE, É PRECISO APENAS TOCAR A PESSOA)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PESSOA EXECUTA 50 - 74% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PESSOA EXECUTA 25 - 49% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE,)
1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE)	

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – HIGIENE PESSOAL**

<b>SEM ASSISTÊNCIA</b>	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (LIMPA OS DENTES, ESCOVA O CABELO, LA VA AS MÃO E O ROSTO, BARBEIA-SE OU MAQUIA-SE INCLUINDO OS PREPARATIVOS; REALIZA COM SEGURANÇA)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (PRECISA DE DISPOSITIVO AUXILIARES; TEMPO MAIOR QUE O RAZOÁVEL; HÁ RISCO DE SEGURANÇA)
<b>COM ASSISTÊNCIA</b>	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (REQUER ALGUÉM AO LADO COMO INCENTIVO OU SUGESTÃO OU PREPARAÇÃO INICIAL COMO COLOCAR PASTA DE DENTES NA ESCOVA/ABRIR EMBALAGEM)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (CUIDADOR PRECISA APENAS TOCAR A PESSOA PARA REALIZAÇÃO DAS TAREFAS; A PESSOA EXECUTA 75% OU MAIS DAS TAREFAS)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PESSOA EXECUTA 50 - 74% DAS TAREFAS)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PESSOA EXECUTA 25 - 49% DAS TAREFAS)
1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DAS TAREFAS)	

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL  
Decreto nº 1.792, de 21 de outubro de 2008.

**RELATÓRIO MÉDICO**

**Observação:**

**O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE OU PROVISÓRIA LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.**

<b>Relatório Médico e Histórico da Deficiência</b>	
DATA: ____/____/____	ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

O solicitante do benefício deverá encaminhar ao setor de Passe Livre, devidamente preenchidos pelo médico:

**Inventário devidamente preenchido, com data, assinatura e carimbo médico.**

**Relatório médico ou atestado, devidamente preenchidos constando o CID da doença de base, CID da deficiência a qual dá direito ao benefício, data, assinatura e carimbo do médico.**

**NOS CASOS DE DEFICIÊNCIA MENTAL, TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, SERÁ ACEITO RELATÓRIO OU ATESTADO PSICOLÓGICO COM CID DA DEFICIÊNCIA A QUAL DÁ DIREITO AO BENEFÍCIO. DE IGUAL FORMA, NECESSÁRIO O DEVIDO PREENCHIMENTO DO INVENTÁRIO (ANEXOS 3 E 4) COM ASSINATURA E CARIMBO DO PSICÓLOGO COM REGISTRO PROFISSIONAL.**

**ANEXO 2**

**INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL**

REQUERENTE: \_\_\_\_\_

**Observação: A deficiência e a incapacidade devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência.**

<input type="checkbox"/>	<b>2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA:</b> pessoas com deficiência auditiva <b>neuro sensorial moderada, severa ou profunda</b> , conforme a classificação de Davis Silverme (média das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz);  - Anexar audiometria Tonal e Vocal ou exame eletrofisiológico (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico com no máximo seis (6) meses).									
<input type="checkbox"/>	<b>3. DEFICIÊNCIA VISUAL:</b> pessoas com cegueira, na qual a acuidade visual igual ou menor que 20/200 no <b>melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen).</b> <table border="1" data-bbox="156 667 1434 831"><thead><tr><th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th><th>Olho Direito</th><th>Olho Esquerdo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Acuidade Visual:</td><td>.....CID _____</td><td>.....CID _____ —</td></tr><tr><td>Campo Visual:</td><td>.....CID _____</td><td>.....CID _____ —</td></tr></tbody></table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:	.....CID _____	.....CID _____ —	Campo Visual:	.....CID _____	.....CID _____ —
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo								
Acuidade Visual:	.....CID _____	.....CID _____ —								
Campo Visual:	.....CID _____	.....CID _____ —								
<input type="checkbox"/>	<b>4. DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL MODERADA À PROFUNDA:</b> pessoas com funcionamento intelectual significativamente inferior à média, <b>com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas</b> , tais como: <b>1 - comunicação, 2 - cuidado pessoal, 3 - habilidades sociais, 4 - utilização dos recursos da comunidade, 5 - saúde e segurança, 6 - habilidades acadêmicas, 7 - lazer, 8 - trabalho.</b>  - Assinale as habilidades adaptativas limitadoras e o respectivo CID correspondente à deficiência.  CID _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8									
<input type="checkbox"/>	<b>5. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:</b> CID _____									
<input type="checkbox"/>	<b>6. ATRASO GLOBAL NO DESENVOLVIMENTO:</b> crianças de zero a quatro anos e onze meses de idade.									

Nos termos do Art. 5º A necessidade de acompanhante à pessoa portadora de deficiência, para acesso ao transporte rodoviário intermunicipal de passageiros e aos serviços de navegação interior de travessias, deverá estar expressa no laudo diagnóstico. § 1º A critério da instituição que expedir o laudo diagnóstico, terão necessidade de acompanhante crianças e adolescentes, até 14 (quatorze) anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência mental severa, deficiência mental moderada associada a transtorno psiquiátrico não compensado, transtornos invasivos do desenvolvimento com baixo nível de funcionamento, deficiência física ou múltipla que impossibilite a locomoção com independência.

NECESSITA DE ACOMPANHANTE:     Sim                       Não

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL  
Decreto nº 1.792, de 21 de outubro de 2008.

**RELATÓRIO MÉDICO**

**Observação:**

**O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE OU PROVISÓRIA LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.**

**Relatório Médico e Histórico da Deficiência**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

O solicitante do benefício deverá encaminhar ao setor de Passe Livre, devidamente preenchidos pelo médico:

**Inventário devidamente preenchido, com data, assinatura e carimbo médico.**

**Relatório médico ou atestado, devidamente preenchidos constando o CID da doença de base, CID da deficiência a qual dá direito ao benefício, data, assinatura e carimbo do médico.**

**NOS CASOS DE DEFICIÊNCIA MENTAL, TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, SERÃO ACEITOS RELATÓRIO OU ATESTADO PSICOLÓGICO COM CID DA DEFICIÊNCIA A QUAL DÁ DIREITO AO BENEFÍCIO. DE IGUAL FORMA, NECESSÁRIO O DEVIDO PREENCHIMENTO DO INVENTÁRIO (ANEXOS 3 E 4) COM ASSINATURA E CARIMBO DO PSICÓLOGO COM REGISTRO PROFISSIONAL.**