

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA (FAM)

PARA USO DO ATENDE

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO DE ESCOLHA DO PRETENDENTE/USUÁRIO

NOME COMPLETO DO PRETENDENTE/USUÁRIO		
RG DO PRETENDENTE/USUÁRIO	CPF DO PRETENDENTE/USUÁRIO	TELEFONE P/ CONTATO

GRAU DE COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE FÍSICA (informar diagnóstico – CID nas folhas seguintes)

1 – CLASSIFICAÇÃO (Assinale a classificação na qual o paciente se enquadre, possuindo ou não o equipamento)

1ª ☐ Dependência total de cadeira de rodas ou de carrinho

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

2ª ☐ Dependência parcial de cadeira de rodas ou de carrinho

Consegue andar nos ambientes da comunidade com o auxílio de barras paralelas, muletas ou assistida por outra pessoa, porém, necessita de cadeira de rodas ou de carrinho para trajetos longos.

3ª ☐ Não depende de cadeira de rodas ou de carrinho em condição alguma

Consegue andar nos ambientes da comunidade com ou sem auxílio de barras paralelas, muletas ou assistida por outra pessoa e não necessita de cadeira de rodas ou de carrinho em nenhum momento para se locomover.

2 – CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE PARA LOCOMOÇÃO (preencher somente uma opção)

1ª ☐ Progressiva

2ª ☐ Estável ou permanente

3ª ☐ Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após _____ meses.

3 – NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE DURANTE O TRANSPORTE

(Autistas e surdocegos deverão, obrigatoriamente, ser transportados com acompanhante)

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 ATENDE

2. O Serviço Atende não transporta na condição “deitado” (maca)

Possui Cadeira de Rodas ou Carrinho ☐ Sim ☐ Não

Tipo

1º ☐ Cadeira de rodas dobrável

2º ☐ Cadeira de rodas não dobrável

3º ☐ Carrinho dobrável

4º ☐ Carrinho não dobrável

5º ☐ Necessita mas não tem cadeira ou carrinho

6º ☐ Outros – Especificar _____

5 – CONDIÇÕES EXIGIDAS PARA TRANSPORTE/ACOMODAÇÃO NA VAN (preencher somente uma opção)

☐ Deve ser transportado no colo do acompanhante

☐ Deve ser transportado em assento comum de passageiro

☐ Deve ser transportado **somente** em cadeira de rodas ou carrinho

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	CRM Nº
DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA

DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO Preenchimento obrigatório por Psiquiatra ou Neurologista	
DIAGNÓSTICO	CID
6 - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS Detalhar as limitações funcionais, as reações vivenciadas em situação de socialização e suporte sócio-familiar e as características que impedem o uso do transporte coletivo comum	
☐ Possui condições de utilizar o transporte coletivo comum com isenção tarifária através do Bilhete Único Especial – Pessoa com Deficiência	
☐ Necessita de transporte especializado – Serviço Atende	
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	CRM Nº
DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA

DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO Preenchimento obrigatório por profissional de reabilitação (psicólogo, terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta)	
7 - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS Detalhar as limitações funcionais, as reações vivenciadas em situação de socialização e suporte sócio-familiar, as características que impedem o uso do transporte coletivo comum.	
☐ Possui condições de utilizar o transporte coletivo comum com isenção tarifária através do Bilhete Único Especial – Pessoa com Deficiência	
☐ Necessita de transporte especializado – Serviço Atende	
NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	Nº DE REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE
DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA

DIAGNÓSTICO DE SURDOCEGUEIRA	
Preenchimento obrigatório por Oftalmologista	
DIAGNÓSTICO	CID
8 - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS	
Detalhar a acuidade visual e campo visual	
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	CRM Nº
DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA

DIAGNÓSTICO DE SURDOCEGUEIRA	
Preenchimento obrigatório por Otorrinolaringologista	
DIAGNÓSTICO	CID
9 - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS	
Detalhar a deficiência auditiva e anexar Audiometria ou BERA	
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	CRM Nº
DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA

DIAGNÓSTICO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Preenchimento obrigatório

DIAGNÓSTICO	CID
-------------	-----

10 - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS – DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS Detalhar as limitações motoras que impedem o uso do transporte coletivo comum
--

[illegible]

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	CRM Nº

DATA DE PREENCHIMENTO DESTA AVALIAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA
---------------------------------------	----------------------

VÁLIDA SOMENTE SEM RASURAS, COM CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PARA USO DA SPTRANS

NOME COMPLETO DO INFORMANTE

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O CANDIDATO	RG Nº	CPF Nº

TELEFONES PARA CONTATO

Ficha de Avaliação Médica recebida em _____ / _____ / _____

Posto de Atendimento _____

Nome do Atendente _____

Assinatura _____

Edição: 062016