

ASPECTO LEGAL

“Art. 2º - O TRANSPECIAL é um serviço de transporte especial criado para garantir o pleno exercício da cidadania aos deficientes físicos que utilizam cadeiras de rodas e às pessoas com mobilidade reduzida permanente, que têm dificuldades de utilizar o serviço de transporte coletivo urbano deste Município.”

OBSERVAÇÃO: Não serão contempladas com o transpecial as pessoas com as doenças: IRC, diabetes, AIDS, obesidade mórbida, deficiências mentais, autistas, visual, auditivas, caso não estejam associadas a deficiência motora com comprometimento severo da mobilidade. O transpecial não conduz as pessoas que estiverem acamadas e ou dependentes de macas. Este serviço não dispõe de cadeiras de rodas e outros dispositivos auxiliares para serem emprestados.

ORIENTAÇÕES:

- O fato de ser deficiente não garante o direito ao transpecial;
- O médico deve descrever a condição clínica do paciente com detalhes. O perito da MCTrans vai apenas associar a condição clínica e ou deficiência a legislação;
- O profissional deve ter conhecimentos específicos do quadro clínico do paciente para preencher este formulário podendo ser vinculado a qualquer convenio (SUS, particular e outros);
- Quando o cliente apresentar mais de uma enfermidade o médico deve usar o CID que melhor caracteriza a dificuldade de locomoção;
- Este formulário poderá ser preenchido eletronicamente, mas deve ser assinado e carimbado pelo profissional de saúde. Dispensado de carimbo nos casos de assinaturas eletrônicas devidamente registradas e reconhecidas;
- Este serviço possui regras distintas da gratuidade no transporte coletivo convencional! Portanto este formulário não deve ser utilizado para pleitear a gratuidade no transporte coletivo convencional;
- A critério do médico poderá ser anexado relatório adicional a este;
- O acompanhante deverá ser pessoa penalmente imputável e com condições físicas de auxiliar o transportado;
- Este formulário terá a validade de 90 dias a contar da data de seu preenchimento;
- Em caso de dúvidas ligue: (38) 3224-6900 ou (38) 3224-6911;

REQUERENTE

*Nome:	*CPF: _____ RG: _____
*CID:	*DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
*CONDIÇÃO: 1-() Totalmente dependente de cadeira de rodas 2-() Utiliza bengalas e ou muletas 3-() Utiliza andadores	
*CAUSAS DA ENFERMIDADE () AVC () Genética () Acidente de trânsito () Outros _____	
CONDIÇÃO ATUAL DA INCAPACIDADE: 1-() Progressivo 2-() Estável 3-() Deficiência Temporária 4-() Hemodiálise- Nefrologista deve informar as condições do paciente. Indicar a possibilidade de gratuidade no transporte coletivo convencional. *Informar o período: _____	*Necessita de acompanhante: 1-() Não 2-() Sim 3-() Deficiência mental associada a deficiência motora não pode viajar só Observações:
*Condições para o Transporte: 1-() Pode ser transportado em assento comum de passageiro; 2-() Transportado somente em cadeiras de rodas;	
*Estes campos são de preenchimento obrigatório!	

FATORES AGRAVANTES ASSOCIADOS:

1-Distúrbio de comportamento

() Agressividade () Agitação () Transtorno do Espectro Autista -**Piora a mobilidade** () Sim () Não

2-Deficiência mental ou déficit cognitivo adquirido

() Leve () Moderado () grave-**Piora a mobilidade** () Sim () Não

OUTRAS ENFERMIDADES

()Cardiopatias ()Epilepsia ()Neoplasia ()Outras _____

Especificar Condição Clínica:

NECESSIDADE DE USO PRINCIPAL

()Hemodiálise ()Trabalho ()Fisioterapia ()Consultas e exames ()Estudos ()Deslocamentos diversos

Estou encaminhado o Sr.(a) _____ para o setor de gratuidade da MCTrans por considerar que este enquadra-se nas condições legais para uso deste sistema de transporte especial do município de Montes Claros. Estou ciente de minhas responsabilidades legais por esta avaliação.

Assinatura do Requerente ou Responsável

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO

Nome: _____ CRM n° _____

Data do Atendimento: ____/____/____

CARIMBO:

Assinatura do Médico

PARA USO EXCLUSIVO DO SETOR DE GRATUIDADE E TRANSPICIAL

Formulário Entregue: ____/____/____ Perícia agendada para: ____/____/____ Horas: __:__

Parecer do Médico Perito da MCTrans

()Aprovado conforme a indicação do médico que encaminhou; ()Reprovado- CID não adequado; ()Encaminhado para outra modalidade de transporte e ou gratuidade; () O transpicial não tem condições de atender este paciente;
() Profissional não é habilitado; ()Reprovado-Formulário adulterado ou rasurado; () Indicado acompanhante porem não necessário; () Não indicado acompanhante porem necessário;
()Aprovado pelo período de _____ ()Trazer exames complementares

Observações: _____

Data da Perícia: ____/____/____ Carimbo e CRM:

Assinatura do Perito

CODIGO DE CADASTRO NO TRANSPICIAL APÓS CREDENCIAMENTO: _____