

FICHA DE CADASTRO
SERVIÇO DE TRANSPORTE ESPECIAL

INSCRIÇÃO nº

DADOS CADASTRAIS

Nome do Usuário:

.....

Endereço Residencial: Bairro:

CEP Ponto de Referência:

RG nº Emissão:/...../.....

Data de Nascimento/...../..... e-mail:@.....

Celular: () Fixo: () Recado:

Sexo: () Masculino () Feminino Estado civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Outros

Cidade de Nascimento: UF.....

Já foi usuário do Sistema de Transporte Especial? () Sim () Não Se sim, quanto tempo?

Pai:

Mãe:

RESPONSÁVEL

**Preencher este campo somente para usuários menores ou sob tutela.*

Nome:

RG nº Parentesco:

Endereço Residencial: Bairro

Celular: () Fixo: () Recado com:

ACOMPANHANTES

Nome 1: RG nº:

Parentesco: Idade: Fone: ()

Nome 2: RG nº:

Parentesco: Idade: Fone: ()

PRINCIPAL DESTINO

Local:

Endereço:

Bairro Ponto de Referência:

Finalidade: Saúde () Educação Especial () Educação Regular () Trabalho ()

Lazer/Social () Outros ()

Documentos Obrigatórios de TODOS os moradores da residência:

I - Comprovante de residência (conta de energia elétrica ou de água).

Para maiores de 18 anos

I – RG (Se não tiver, providenciar no Poupatempo);

II – CPF (Se não tiver, providenciar nos Correios);

III – Título de Eleitor (Se não tiver, providenciar no Cartório Eleitoral);

IV – Carteira Profissional (Se tiver registro em carteira, trazer também o último holerite);

V – Comprovante de rendimento (LOAS, Aposentadoria, etc.) caso alguém tenha, na residência.

Para menores de 18 anos

I – RG ou Certidão de Nascimento;

II – Declaração escolar do ano vigente;

SOMENTE DO USUÁRIO SOLICITANTE DO TRANSPORTE ESPECIAL

I – 1 Foto 3x4 recente;

II - Avaliação médica, constando a deficiência apresentada pelo solicitante, bem como se esta representa dificuldade severa na deambulação – CID, e se o mesmo se utiliza de aparelhos auxiliares e/ou de acompanhante na locomoção (Pág.5);

III – Inscrição no CadÚnico (Cadastro Único do Governo Federal), cuja renda exigida refere-se a famílias meio salário-mínimo nacional per capita;

IV – Inscrição no Cadastro Municipal de Assistência Social;

V - Declaração escolar ou da entidade prestadora de serviço, onde o solicitante é atendido, constando os dias, locais e horários de atendimento prestado, quando houver (Pág.4).

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Residência: () Própria () Alugada () Cedida Observações:

Automóvel próprio: () Sim () Não Observações:

RELAÇÃO DE PESSOAS QUE RESIDEM COM O USUÁRIO SOLICITANTE:

Nome	Idade	Parentesco	Renda	Condição de Saúde

Renda familiar total (somatória de todas as rendas recebidas): R\$

Histórico/Considerações:

DECLARAÇÃO

Respondo pela veracidade integral dos dados e estou ciente que a **Prefeitura de Sorocaba** poderá proceder diligências para sua comprovação.

Sorocaba, de de

Nome por extenso (usuário ou responsável)

.....

Assinatura

USO EXCLUSIVO DA SIAS – Secretaria de Igualdade e Assistência Social

Após análise da solicitação para Transporte Especial, declaro:

DEFERIDA ()

INDEFERIDA ()

*SUBMETO À ANÁLISE DO COMITÊ PERMANENTE DO TRANSPORTE ESPECIAL ()

Justificativa

Responsável pela análise: Nome, data e assinatura (Carimbo)

SOLICITAÇÃO INSTITUCIONAL DE TRANSPORTE ESPECIAL

Instituição: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CNPJ: _____ Telefone: () _____

Paciente/aluno: _____ Idade: _____

Observações: _____

Finalidade: Tratamento de Saúde () Educação Especial () Educação Regular ()
Trabalho () Lazer / Social () Outros ()

	Horário de entrada	Atividade	Horário de saída
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			

Instituição

(Carimbo)

Responsável pela Informação

Nome, data e assinatura (Carimbo)

AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Nome do Paciente Idade

2. Diagnóstico principal: CID 10:

() Definitiva () Temporária - Tempo estimado para reavaliação:

3. Necessita de equipamentos para locomoção: Sim () Não ()

() Cadeira de rodas () Andador () Outros, especificar:

4. Fatores associados a dificuldade de mobilidade que justifique a necessidade do transporte especial:

a. Dificuldade em assegurar o próprio conforto (cuidar de si próprio, evitando situações de risco) () Sim () Não

b. Dificuldade em regular o comportamento nas interações interpessoais (controlar emoções, impulsos, agressão verbal e física na interação com os outros, de maneira contextual e socialmente apropriada) () Sim () Não

c. Dificuldade em interagir de acordo com as regras sociais e manter espaço social em ambiente coletivo com estranhos (por exemplo utilização de transporte coletivo urbano) () Sim () Não

Outras observações.....

Necessidade de acompanhante: () Sim, obrigatório () Não

** O transporte especial conta com agente de bordo para orientação e auxílio em geral, não caracterizado como acompanhante individual.*

Diante da condição clínica, atesto:

()

()

Paciente apto a utilizar o Sistema Público de Transporte Coletivo através do **Cartão Livre** gratuitamente.

Paciente apto ao Serviço de **TRANSPORTE ESPECIAL** destinado a atender pessoas com mobilidade reduzida, em alto grau de dependência, que as impossibilitem utilizar o transporte coletivo urbano convencional.

Notas:

- Somente uma das opções acima poderá ser assinalada.
- Ambos os programas garantem gratuidade ao usuário e contam com veículos com elevador mecânico e outros dispositivos de acessibilidade.
- Transporte Especial: conta com veículos exclusivos para Pessoas com deficiência, em alto grau de dependência, que as impossibilitem utilizar o transporte coletivo urbano convencional, contando com serviço porta-a-porta, e acompanhamento de agente de bordo.
- Cartão Livre: são beneficiários do Cartão Livre, para uso no sistema público de transporte coletivo urbano sem pagamento de tarifa, os usuários especiais que possuam comprometimento de locomoção e/ou necessidade de apoio para uso dos ônibus, ou considerados em situação especial, residentes no Município de Sorocaba. (Decreto 21.124/2014).

Identificação do médico: CRM nº..... Telefone: ()

Unidade de Saúde Telefone: ()

Nome, data e assinatura (Carimbo)

