

**DECRETO Nº 34.446, DE 30/07/2018.**

**ALTERA A REDAÇÃO DO DECRETO Nº 32.046/2016, QUE DISPÕE SOBRE AS REGRAS DE CADASTRO E UTILIZAÇÃO DO CARTÃO ELETRÔNICO NO SISTEMA DE BILHETAGEM ELETRÔNICA DO SERVIÇO DE TRANSPORTE COLETIVO DO MUNICÍPIO DE ARACRUZ.**

**O PREFEITO MUNICIPAL DE ARACRUZ, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS**, que lhe confere a Administração Pública Municipal, e as competências constitucionais de planejar, gerenciar e de executar a política de transporte coletivo municipal urbano, que constitui serviço essencial e obrigação do Poder Público (art. 30, V, CF);

**CONSIDERANDO** o disposto nos artigos 112, 113, 114, 115 e 120 da Lei Orgânica do Município de Aracruz, que tratam do transporte coletivo no Município de Aracruz;

**CONSIDERANDO** que, com o presente decreto, fica instituído o uso de cartão personalizado com dispositivo eletrônico, com a finalidade de inibir o comércio paralelo de vales transportes e de passe escolar, ficando impossibilitado àqueles que comercializam, usufruir benefícios à custas dos beneficiários de direito;

**CONSIDERANDO** que, a medida garante a modernização, controle e segurança, no uso das gratuidades, beneficiando diretamente aos usuários;

**CONSIDERANDO** a necessidade de definir procedimentos com relação à emissão dos cartões, nas suas diversas modalidades e nas formas de utilização, com amparo na Lei municipal nº 4.017, de 28 de dezembro de 2015, que instituiu o Sistema de Bilhetagem Eletrônica no Município de Aracruz - SBE;

**CONSIDERANDO** a necessidade de retificações no decreto 32.046, de 27/12/2016, que terá nova redação e acréscimo, conforme descrito abaixo:

**DECRETA:**

**Art. 1º** Ficam consolidadas neste decreto as normas relativas às especificações, forma de obtenção e regulamentação do uso de cartões eletrônicos no Sistema de Bilhetagem Eletrônica para atender ao Serviço de Transporte Coletivo do Município de Aracruz.

## **CAPÍTULO I**

### **Cartão Vale-transporte**

**Art. 2º** O cartão Vale-Transporte será expedido com a finalidade de atender as empresas públicas e privadas de acordo com a Lei Federal nº 7.418/85, alterada pelas Leis nºs 7.619/87 e 7.855/89, regulamentada pelo Decreto nº. 95.247 de 17 de Novembro de 1987, que instituiu o benefício do Vale-transporte, para a locomoção de seus funcionários ao trabalho.

§ 1º O cadastro dos funcionários será realizado pelas empresas empregadoras através do sistema informatizado ou mediante envio das informações, em papel timbrado, solicitadas pela Central de Atendimento das empresas operadoras, para o cadastramento e a emissão dos cartões.

§ 2º A primeira via do cartão de Vale-Transporte será entregue em comodato à empresa empregadora, independentemente do valor que será creditado no mesmo.

§ 3º Em caso de furto, roubo ou perda do cartão, o empregado deverá comunicar à empresa empregadora imediatamente, devendo esta, em ato contínuo, formalizar o pedido à Central de Atendimento das empresas operadoras para bloqueio do mesmo. Os créditos remanescentes serão transferidos para a segunda via do cartão, que será cobrada da empresa empregadora.

§ 4º Será limitada a utilização diária do cartão Vale-transporte pelos funcionários no seu deslocamento casa – trabalho e vice-versa em até 06 (seis) vezes, no sistema de transporte coletivo do município de Aracruz.

§ 5º Visando implementar o combate às fraudes e assegurar melhores condições operacionais e de controle do uso do Cartão Vale-transporte, será limitada a sua utilização, uma única vez na mesma viagem.

## **CAPÍTULO II**

### **Cartão Cidadão**

**Art. 3º** O cartão Cidadão será expedido com a finalidade de atender aos usuários comuns, pessoas físicas, que desejam substituir o uso de dinheiro em espécie por créditos a serem utilizados no sistema de bilhetagem eletrônica de Aracruz.

§ 1º O cliente, pessoa física, poderá se cadastrar na Central de Atendimento das empresas Operadoras ou em outro local indicado por esta, apresentando os documentos pessoais originais, com foto, emitidos por órgão oficial.

§ 2º A primeira via do cartão Cidadão será entregue em comodato ao cliente que se cadastrar na Central de Atendimento das empresas operadoras e adquirir, no mínimo, o equivalente a 10 (dez) unidades tarifárias integrais.

§ 3º Em caso de furto, roubo ou perda do Cartão Cidadão em comodato, o cliente deverá comunicar por escrito à Central de Atendimento das empresas operadoras para bloqueio do mesmo. Os créditos remanescentes serão transferidos para a segunda via do cartão, que será cobrada.

§ 4º Somente será bloqueado o Cartão Cidadão do cliente cadastrado na Central de Atendimento das empresas operadoras.

§ 5º O Cartão Cidadão quando emitido para atender a projetos sociais, deverá ser devolvido ao cobrador ou motorista ao término de seus créditos.

### **CAPÍTULO III**

#### **Cartão Escolar**

**Art. 4º** O cartão Escolar será expedido com a finalidade de atender aos estudantes regularmente matriculados em estabelecimentos de ensino presencial, localizados no município de Aracruz, de ensino básico, fundamental, médio, pré-vestibular, técnico, superior de graduação e pós-graduação, e aos demais níveis de ensino que dispõe a redação do art.120, Parágrafo único da Lei Orgânica Municipal, reconhecidos oficialmente pelo MEC, para obtenção do desconto de 50% (cinquenta por cento) do valor da tarifa integral.

§ 1º O aluno somente poderá se cadastrar na central de Atendimento das Empresas Operadoras, ou em outro local indicado por esta, no período de Janeiro a Setembro de cada ano e mediante apresentação da documentação exigida, a saber:

I – Preenchimento do formulário, fornecido pela Central de Atendimento das Empresas Operadoras ou escolas, com carimbo do estabelecimento de ensino e assinatura de seu diretor, atestando sua matrícula e autorizando o cadastramento;

II – Foto 3 x 4 capturada no ato do cadastro;

III - Cópia do Comprovante de Residência, em nome do aluno, pais ou cônjuge, atestando que o aluno é morador do Município de Aracruz, e que reside a pelo menos 1.000 (mil) metros do estabelecimento de ensino. No caso do aluno residir em casa alugada, cópia do contrato ou recibo com firma reconhecida;

IV - Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento ou ainda, Carteira de Trabalho e cópia do CPF;

V – A emissão, renovação ou recarga do cartão será realizada exclusivamente na central de atendimento das empresas operadoras localizada na Rodoviária de Aracruz.

§ 2º Após o prazo constante no § 1º do presente artigo, somente será permitido o cadastramento do aluno que, em virtude de mudança de residência ou transferência do estabelecimento de ensino, ambas comprovadas, passe a se enquadrar nos termos do inciso III do parágrafo anterior.

§ 3º A primeira via do Cartão Escolar será entregue em comodato, somente quando da aquisição dos créditos equivalentes a, no mínimo, 25 (vinte e cinco) e no máximo 100 (cem) unidades tarifárias com desconto de 50% (cinquenta por cento) da tarifa integral, somente para o trajeto residência x escola, e vice-versa.

§ 4º Após a primeira aquisição do crédito escolar, o estudante terá direito a adquirir, mensalmente, no mínimo 25 (vinte e cinco) e no máximo 100 (cem) unidades tarifárias com desconto de 50% (cinquenta por cento) da tarifa integral.

§ 5º As escolas enviarão à Central de Atendimento das empresas operadoras, quando solicitado, relação dos alunos regularmente matriculados, transferidos, suas frequências, ou ainda, daqueles que não mais frequentam as aulas, para controle do direito a aquisição dos créditos Escolares.

§ 6º Em caso de furto, roubo ou perda do cartão, o aluno ou responsável deverá solicitar por escrito à Central de Atendimento das empresas operadoras o bloqueio do mesmo, que será feito em caráter irreversível. Os créditos remanescentes serão transferidos para a segunda via do cartão, que será cobrada.

§ 7º Não será permitida a utilização do cartão escolar por pessoa diversa do aluno adquirente.

§ 8º O cartão escolar é pessoal e intransferível e sua utilização será permitida quando da identificação do portador que será feita pelo cobrador ou motorista ou ainda através de identificação biométrica.

§ 9º Visando implementar o combate às fraudes e assegurar melhores condições operacionais e de controle do uso do Crédito Escolar, fica autorizada à Central de Atendimento das empresas operadoras, a limitar a utilização diária em até 4 (quatro) vezes independente do horário, e apenas uma única vez na mesma viagem;

§ 10. O cartão escolar deverá conter foto, nome do aluno, número do cartão, CPF e número do cadastro.

§ 11. O Cartão Escolar quando emitido para atender a projetos sociais, deverá ser devolvido ao cobrador ou motorista ao término de seus créditos.

#### **CAPÍTULO IV**

##### **Cartão Especial**

**Art. 5º** O cartão Especial será expedido com a finalidade de atender às pessoas com deficiências e doenças elencadas na tabela do (ANEXO I), assegurando o controle e uso do benefício do desconto de 100% (cem por cento) do valor da tarifa integral, concedido pela legislação municipal.

§ 1º O requerente do cartão especial deverá abrir processo no setor de protocolo municipal, solicitando o benefício à SETRANS – Secretaria de Transportes e Serviços Urbanos, mediante as seguintes documentações específicas, a saber:

I. Cópia do comprovante de residência atestando ser morador do município de Aracruz;

II. Declaração da Unidade de Saúde informando que já reside no Bairro;

III. Cópia de documento de identidade com foto;

IV. Laudo Médico, original ou cópia autenticada, com data de emissão no máximo de 2 (dois) anos, do SUS (Sistema Único de Saúde) especialista, com indicação do CID (Classificação Internacional de Doenças) que comprove o tipo de deficiência ou incapacidade prevista na tabela de CID's do Anexo I;

V. Caso seja imprescindível a presença de acompanhante durante a locomoção em viagem, deverá constar no laudo médico;

VI. Comprovante de cadastramento no cadastro único (CADÚNICO) emitidos pela Assistência Social deste município, com indicação de renda familiar não superior a 1 (um) salário-mínimo e meio, conforme Lei 3741/2013, artigo 22, § I, item II, alínea (a).

a) A SETRANS discricionariamente poderá solicitar documentações quando necessário para fins de atestar a veracidade da renda informada.

VII. Declaração do INSS ou IPASMA que comprove aposentadoria por invalidez com indicativo de renda não superior a 1 (um) salário-mínimo e meio, conforme Lei 3741/2013, artigo 22, § I, item II, alínea (a);

a) A SETRANS discricionariamente poderá solicitar documentações quando necessário para fins de atestar a veracidade da renda informada.

VIII. Declaração do Médico que ateste a periodicidade do tratamento nos casos previstos no parágrafo 11 (onze) deste artigo, conforme modelo Anexo II.

§ 2º Os procedimentos para concessão do benefício:

I. Para concessão ou renovação, o solicitante deverá comparecer perante o médico designado pela Unidade de Saúde portando o laudo médico de especialista para avaliação do CID, se o mesmo é contemplado pela tabela de CID's do anexo I.

II. O solicitante deverá apresentar o laudo transcrito para o modelo previsto no Anexo II, feito pelo médico designado pela Unidade de Saúde.

§ 3º O cartão especial deverá conter no mínimo o nome completo e foto do beneficiário, número do cartão, CPF e número de cadastro.

§ 4º A primeira via do Cartão Especial será entregue ao beneficiário, em comodato;

§ 5º Em caso de furto, roubo, ou perda do Cartão Especial ou Cartão Especial de Acompanhante, o beneficiário ou seu responsável deverá apresentar o boletim de ocorrência, e encaminhar a solicitação por escrito, à Central de Atendimento das empresas operadoras para o bloqueio do mesmo, que será feito em caráter irreversível. A

confeção de segunda via do cartão só não será cobrada pelas empresas operadoras em caso de roubo com a apresentação do Boletim de Ocorrência.

§ 6º O Cartão Especial de Acompanhante só será aceito pela catraca após a passagem do cartão especial do titular.

§ 7º Não será permitida a utilização do cartão especial por pessoa diversa do beneficiário cadastrado.

§ 8º O cartão especial é pessoal e intransferível e a utilização será permitida mediante a apresentação do mesmo quando solicitado pelo cobrador ou motorista e/ou ainda através de identificação biométrica.

§ 9º Caberá às empresas concessionárias fiscalizar a utilização do cartão, e enviar relatório mensal à SETRANS. O seu uso indevido acarretará no recolhimento e suspensão por 30 (trinta) dias consecutivos, conforme determina o art. 22, § 2º, da Lei nº 3.741/2013, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal pelo seu uso indevido.

§ 10. O Cartão Especial quando emitido para atender a projetos sociais, deverá ser devolvido ao cobrador ou motorista ao término do prazo.

§ 11. O cartão especial se limitará às pessoas que estejam em tratamentos clínicos e terapêuticos, quando previstos na tabela de CID's, devidamente assinada e homologada por profissionais da Secretaria de Saúde, sendo liberada a respectiva quantidade de viagens prescritas no laudo médico. Não será permitido o uso do cartão especial para mais de uma vez na mesma viagem.

§ 12. O Cartão especial deverá ser renovado anualmente, no setor de protocolo municipal, no prazo máximo de 10 dias antes do seu vencimento, sem custo para o usuário.

§ 13. Não será considerado portador deste benefício, a pessoa cuja deficiência seja corrigida com próteses e lentes de contato, exceto pernas e braços mecânicos.

## **CAPÍTULO V**

### **Cartão Especial de acompanhante**

**Art. 6º** O cartão Especial de acompanhante será expedido com a finalidade de atender às pessoas com deficiências quando previstas na Tabela de CID's Anexo I, cujo acompanhamento seja de suma importância para sua locomoção e orientação, assegurando o controle e uso do benefício do desconto de 100% (cem por cento) do valor da tarifa integral, concedido pela legislação municipal.

§ 1º Será permitido o cadastro de, no máximo, 02 (dois) acompanhantes por benefício, sendo que um destes deverá constar como substituto, e que esta permissão se limita a apenas um acompanhante por viagem.

§ 2º Para obtenção do direito ao uso do cartão especial de acompanhante o solicitante deverá apresentar o documento de identidade do acompanhante, comprovante de residência, atestando ser morador do município, e ainda laudo médico que indique a necessidade de acompanhante, bem como a dificuldade de locomoção;

§ 3º O cartão Especial de acompanhante deverá conter a foto do beneficiário, nome do paciente, número do cartão, CPF e número do cadastro.

§ 4º A primeira via do cartão Especial de acompanhante será entregue ao beneficiário, em comodato;

§ 5º Em caso de furto, roubo ou perda do cartão Especial de acompanhante, o beneficiário ou o seu responsável deverá solicitar, por escrito, à Central de Atendimento das empresas operadoras o bloqueio do mesmo, que será feito em caráter irreversível. A confecção de segunda via do cartão só não será cobrada pelas empresas operadoras em caso de roubo com a apresentação do Boletim de Ocorrência.

§ 6º Não será permitida a utilização do cartão Especial de acompanhante por pessoa diversa do beneficiário cadastrado.

§ 7º O cartão Especial de acompanhante é pessoal e intransferível e a utilização será permitida quando da identificação do portador que será feita pelo cobrador ou motorista ou ainda através de identificação biométrica.

§ 8º O cartão Especial de acompanhante quando emitido para atender a projetos sociais, deverá ser devolvido ao cobrador ou motorista ao término do prazo.

§ 9º O cartão do beneficiário e do acompanhante deverão conter os dizeres “ESPECIAL COM ACOMPANHANTE”.

§ 10. Farão jus ao benefício do Cartão de Acompanhante, crianças com até 12 anos de idade com direito à gratuidade, conforme definição do art. 2º da Lei nº 8.069/1990, e previstos na Tabela de CID's do Anexo I. Os casos em que não são previstos o acompanhante serão avaliados pela SETRANS e SEMSA para a concessão do acompanhante.

§ 11. O Cartão especial de acompanhante deverá ser renovado anualmente no setor de protocolo municipal, no prazo máximo de 10 (dez) dias antes do seu vencimento, sem custo para o usuário.

§ 12. Caberá às empresas concessionárias fiscalizar a utilização do cartão, e enviar relatório mensal à SETRANS. O uso indevido acarretará no recolhimento e suspensão do cartão por 30 (trinta) dias, conforme determina o art. 22, § 2º, da Lei nº 3.741/2013, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal do infrator.

§ 13. O Cartão especial com acompanhante deverá possuir uma cor diferenciada dos demais cartões.

§ 14. O beneficiário poderá solicitar a substituição do cartão do acompanhante à Central de atendimento das empresas operadoras, mediante o pagamento de taxa administrativa, equivalente a 10 (dez) unidades tarifárias integrais por cada substituição.

## **CAPÍTULO VI** **Cartão do Sênior**

**Art. 7º** O cartão do sênior será expedido com a finalidade de atender às pessoas com idade igual ou superior a 65 (sessenta e cinco) anos, assegurando o controle e uso do benefício do desconto de 100% (cem por cento) do valor da tarifa integral, concedido pela legislação federal e municipal.

§ 1º O beneficiário do cartão do sênior somente poderá se cadastrar na central de Atendimento das Empresas Operadoras, ou em outro local indicado por esta, mediante as documentações específicas a saber:

1. Cópia do CPF e RG que comprove idade igual ou superior a 65 anos.
2. Cópia do comprovante de residência;

§ 2º O cartão do sênior deverá conter no mínimo a foto do beneficiário, número do cartão, CPF e número do cadastro.

§ 3º A primeira via do Cartão sênior será entregue ao beneficiário, em comodato;

§ 4º Em caso de furto, roubo ou perda do cartão sênior, o beneficiário deverá solicitar por escrito à Central de Atendimento das empresas operadoras o bloqueio do mesmo, que será feito em caráter irreversível. Contudo, a confecção da segunda via do cartão será cobrada.

§ 5º Não será permitida a utilização do cartão sênior, por pessoa diversa do beneficiário cadastrado.

§ 6º O cartão sênior é pessoal e intransferível, e sua utilização será permitida quando da identificação do portador que será feita pelo cobrador ou motorista, ou ainda, através de identificação biométrica.

§ 7º O uso indevido do cartão sênior acarretará no seu recolhimento e suspensão do cartão, além da responsabilidade civil ou criminal da pessoa infratora.

§ 8º Não será permitido o uso do cartão idoso por mais de uma vez na mesma viagem.



§ 9º O Cartão Sênior poderá ser renovado anualmente ou, a critério das Empresas Operadoras, na Central de Atendimento, sem custo para o usuário, sempre que necessário para melhor controle das emissões dos referidos benefícios, em menor ou maior periodicidade.

## **CAPÍTULO VII**

### **Cartão Gratuidade**

**Art. 8º** O cartão gratuidade será expedido com a finalidade de atender às seguintes pessoas: funcionário da ECT, quando uniformizados e em serviço; Oficial de justiça, quando em serviço; menores de cinco anos, desde que acompanhados e ocupando o mesmo assento do acompanhante; e demais pessoas que se enquadrarem nos benefícios concedidos pela legislação municipal, estadual ou federal, com exceção daqueles mencionados nos capítulos anteriores.

§ 1º O beneficiário do cartão gratuidade somente poderá se cadastrar na central de atendimento das Empresas Operadoras, ou em outro local indicado por esta, mediante as documentações específicas, a saber:

I – FUNCIONÁRIO DA ECT, QUANDO UNIFORMIZADOS E EM SERVIÇO; OFICIAL DE JUSTIÇA, QUANDO EM SERVIÇO:

1. Foto 3 x 4 é capturada no ato do cadastro;
2. Cópia do comprovante de residência;
3. Cópia de documento de identidade com foto;
4. Declaração do Órgão responsável, comprovando estar lotado na função de Funcionário dos Correios e/ou Oficial de Justiça com indicação do departamento de atuação.

§ 2º O cartão gratuidade deverá conter a foto do beneficiário, número do cartão, CPF e número do cadastro.

§ 3º A primeira via do cartão gratuidade será entregue ao beneficiário, em comodato;

§ 4º Em caso de furto, roubo ou perda do cartão gratuidade, o beneficiário deverá solicitar, por escrito, à Central de Atendimento das empresas operadoras o bloqueio do mesmo, que será feito em caráter irreversível. Todavia, a confecção da segunda via do cartão será cobrada.

§ 5º Não será permitida a utilização do cartão gratuidade por pessoa diversa do beneficiário cadastrado.

§ 6º O cartão gratuidade é pessoal e intransferível e sua utilização será permitida quando da identificação do portador que será feita pelo cobrador ou motorista ou ainda através de identificação biométrica.

§ 7º O cartão gratuidade quando emitido para atender a projetos sociais, deverá ser devolvido ao cobrador ou motorista ao término do prazo.

§ 8º Não será permitido o uso do cartão gratuidade por mais de uma vez na mesma viagem.

§ 9º O uso indevido acarretará no recolhimento e suspensão do cartão, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal do infrator.

§ 10. O cartão gratuidade poderá ser renovado anualmente ou, a critério das Empresas Operadoras, na Central de Atendimento, sem custo para o usuário, sempre que necessário para melhor controle das emissões dos referidos benefícios, em menor ou maior periodicidade.

## **CAPÍTULO VIII**

### **Disposições Finais**

**Art. 9º** Às gestantes em adiantado estado de gravidez, a partir do sexto mês, às mães com criança de colo de até doze meses de idade e aos obesos, será garantido o direito do embarque e desembarque pela porta dianteira, mediante o pagamento da passagem.

**Parágrafo único.** O pagamento da passagem poderá ser em espécie ou mediante apresentação do cartão ao validador, devendo ser obrigatoriamente girada a roleta, embora não se exija a transposição da mesma pelas pessoas citadas no *caput* deste artigo.

**Art. 10.** A Central de Atendimento das Empresas Operadoras confeccionará contrato que estabeleça as diretrizes para utilização, validade e normatização dos créditos eletrônicos através do sistema de bilhetagem eletrônica, observados os termos do presente decreto.

**Art. 11.** Em caso de reajuste da tarifa, o poder de compra dos créditos será mantido pelo prazo de 30 (trinta) dias.

**Art. 12.** Será disponibilizado pela Central de Atendimento das empresas Operadoras, mecanismo de consulta ao saldo ou extrato dos cartões: Vale-transporte, Cidadão e Escolar, que poderá ser utilizado pelos próprios usuários cadastrados, e no caso do cartão Vale-transporte, também pela empresa empregadora.

**Parágrafo único.** A consulta de saldo descrita no *caput* do artigo não será cobrada, entretanto, para cada emissão de extrato, poderá ser cobrada, pela Central de Atendimento das empresas operadoras, taxa Administrativa, limitada em 03 (três) unidades tarifárias integrais por usuário.

**Art. 13.** Para a emissão da segunda via dos cartões de Vale-Transporte, Cidadão, Escolar, Especial, Especial com Acompanhante, Sênior e Gratuidade, será cobrado o valor equivalente até 20 (vinte) unidades tarifárias integrais.

**Art. 14.** Pelos serviços de gerenciamento eletrônico de pedidos, bloqueio e reposição de créditos eletrônicos a bordo em cartões, bem como pela manutenção dos sistemas de boleto e web-site, poderá a Central de Atendimento das Empresas Operadoras cobrar, tarifa de administração mensal de 1,00% (um por cento) sobre o valor total em cada um dos pedidos efetivamente pagos (com valor mínimo equivalente a 02 (duas) unidades tarifárias integrais), independente da quantidade de acessos mensais feitas ao web-site.

**Art. 15.** O bloqueio dos cartões ocorrerá 48h (quarenta e oito horas) após a solicitação, quanto feito até às 17 (dezessete) horas na Central de Atendimento das Empresas Operadoras.

**Art. 16.** O uso indevido do cartão ou sua adulteração ocasionarão a sua retenção pelo cobrador, motorista ou fiscal, no momento da utilização.

**Art. 17.** A solicitação da troca de modalidade de cartão pelo usuário será cobrada o valor correspondente a segunda via.

**Art. 18.** Para toda a modalidade de cartões pagos (vale-transporte, cidadão e escolar), os créditos serão disponibilizados somente após confirmação do pagamento pelo sistema ou operadoras, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas.

**Art. 19.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente os Decretos nº 33.794/2018 e 34.156/2018.

Prefeitura Municipal de Aracruz, 30 de Julho de 2018.

**JONES CAVAGLIERI**  
**Prefeito Municipal**

**ANEXO I– DECRETO Nº 34.446, DE 30/07/2018**

**RELAÇÃO DE PATOLOGIAS QUE PODEM CARACTERIZAR A EXISTÊNCIA DE DEFICIÊNCIA  
LISTA DE SIGLAS**

<b>CRT</b>	<b>Centro de Referência em tratamento HIV</b>
<b>EEG</b>	<b>Eletroencefalograma</b>
<b>ENMG</b>	<b>Eletroencefalograma</b>
<b>FAN</b>	<b>Fator Anti-núcleo</b>
<b>FR</b>	<b>Fator Reumatóide</b>
<b>PCR</b>	<b>Proteína C-reativa</b>
<b>RNM</b>	<b>Ressonância Magnética</b>
<b>RX</b>	<b>Raio X</b>
<b>TC</b>	<b>Tomografia</b>
<b>USG</b>	<b>Ultrassonografia</b>
<b>VHS</b>	<b>Velocidade de hemossedimentação</b>

<b>Código</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Validade</b>
<b>Doenças orgânicas, não exatamente caracterizadas como deficiências</b>			
<b>B20.0</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em infecções micobacterianas (resultando em tuberculose)</b>	1. Relatório Médico emitido por: infectologista 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.	Não 1 ano
<b>B20.1</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas</b>	1. Relatório Médico emitido por: infectologista 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício, no Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).	Não 1 ano
<b>B20.2</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica</b>	1. Relatório Médico emitido por: 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).	Não 1 ano
<b>B20.3</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais</b>	1. Relatório Médico emitido por: infectologista 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).	Não 1 ano
<b>B20.4</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em candidíase</b>	1. Relatório Médico emitido por: infectologista 2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório. <b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).	Não 1 ano

<b>B20.5</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras micoses</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B39 e B45.1).</p>	Não	1 ano
<b>B20.6</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i></b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p>	Não	1 ano
<b>B20.7</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Sim	1 ano
<b>B20.8</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B20.9</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em doença infecciosa ou parasitária não especificada</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B21.0</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p>	Não	1 ano
<b>B21.1</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B21.2</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não-Hodgkin</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B21.3</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfático, hematopoiético e correlatos.</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B21.7</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Sim	1 ano
<b>B21.8</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Sim	1 ano

<b>B21.9</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Sim	1 ano
<b>B22.0</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em encefalopatia (Demência pelo HIV)</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p>	Sim	1 ano
<b>B22.1</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B22.2</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B22.7</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Sim	1 ano
<b>B23.0</b>	<b>Síndrome de Infecção Aguda pelo HIV</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B23.1</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19;A87;A89; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B23.2</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B23.8</b>	<b>Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46).</p>	Não	1 ano
<b>B24</b>	<b>Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não especificada</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por:infetologista</p> <p>2. Caso o Relatório Médico não atenda as exigências mencionadas no Item 1, acrescentar exame comprobatório.</p> <p><b>Obs.:</b> para fins de concessão do benefício o Relatório Médico deverá constar a doença oportunista(A15 até A19; A52.1; A52.2; A52.3; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B33.3 – somente no caso de infecção por HTLV I/II, que possa levar a déficit de locomoção).</p>	Sim:quando houver déficit de locomoção.	1 ano

<b>Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>				
<b>B91</b>	<b>Sequela de Poliomielite</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somente com sequelas que levem à atrofia de um ou mais membros, corrigidas ou não com aparelhos ou órteses.</li> <li>2. Relatório Médico descrevendo a atrofia, os membros afetados e a utilização ou não de aparelhos ou órteses;</li> <li>3. Documentos/exames:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. laudo de exame de ENMG.</li> </ol> </li> </ol>	Não Sim, quando bilateral de membros	1 ano
<b>B92</b>	<b>Sequela de hanseníase</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somente com sequelas neurológicas com atrofia ou deformidades de membros</li> <li>2. Relatório Médico descrevendo a sequela neurológica e a atrofia de membros.</li> <li>3. Laudo do exame de ENMG ou relatório de serviço de reabilitação descrevendo as limitações apresentadas.</li> </ol>	Não	1 ano
<b>Neoplasias</b>				
<b>C00 a C97</b>	<b>Neoplasias (Tumores) Malignas(os)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somente na vigência de quimioterapia, radioterapia ou cobaltoterapia, exceto nos casos de quimioterapia oral.</li> <li>2. Nos casos de quimioterapia, especificar o tratamento.</li> <li>3. Relatório Médico emitido pela instituição onde realiza o tratamento.</li> </ol>	Sim	1 ano
<b>Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas</b>				
<b>E23.0</b>	<b>Hipopituitarismo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somente para pessoas com até 21 anos de idade.</li> <li>2. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal e curva de crescimento abaixo do percentil 25%.</li> </ol>	Não	1 ano
<b>E34.3</b>	<b>Nanismo não classificado em outra parte</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somente com nanismo cuja estatura final seja inferior a 1,40m.</li> <li>2. Exame endocrinológico com a deficiência hormonal e curva de crescimento abaixo do percentil 25%.</li> </ol>	Não	1 ano
<b>Transtornos Mentais e Comportamentais</b>				
<b>F00</b>	<b>Demência na Doença de Alzheimer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. comunicação;</li> <li>b. auto cuidado;</li> <li>c. mobilidade;</li> <li>d. relações e interação interpessoal.</li> </ol> </li> </ol>	Sim	1 ano
<b>F01</b>	<b>Demência Vascular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. comunicação;</li> <li>b. auto cuidado;</li> <li>c. mobilidade;</li> <li>d. relações e interação interpessoal.</li> </ol> </li> </ol>	Sim	1 ano
<b>F02.3</b>	<b>Demência na doença de Parkinson</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. comunicação;</li> <li>b. auto cuidado;</li> <li>c. mobilidade;</li> <li>d. relações e interação interpessoal.</li> </ol> </li> </ol>	Sim	0

<b>F04</b>	<b>Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F06</b>	<b>Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e doença física</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F07</b>	<b>Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral.</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra ou Neurologista descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F19</b>	<b>Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra informando que a pessoa se encontra em tratamento, contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais, as drogas desencadeantes do processo e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F20</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra contendo a descrição detalhada dos sintomas mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação com até 03 meses da emissão.</p>	Sim	1 ano
<b>F21</b>	<b>Transtorno esquizotípico</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F24</b>	<b>Transtorno delirante induzido</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F25</b>	<b>Transtornos esquizoafetivos</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F28</b>	<b>Outros transtornos psicóticos não- orgânicos</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano



<b>F29</b>	<b>Psicose não orgânica não especificada</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Psiquiatra descrevendo as alterações mentais existentes e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>F70</b>	<b>Retardo Mental Leve</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p><b>2.</b> A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p><b>3.</b> Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p>	Sim	1 ano
<b>F71</b>	<b>Retardo Mental Moderado</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p><b>2.</b> A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p><b>3.</b> Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p>	Sim	1 ano
<b>F72</b>	<b>Retardo Mental Grave</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p><b>2.</b> A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p><b>3.</b> Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p>	Sim	1 ano
<b>F73</b>	<b>Retardo Mental Profundo</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p><b>2.</b> A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p><b>3.</b> Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p>	Sim	1 ano
<b>F79</b>	<b>Retardo Mental não especificado</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração da função intelectual e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano

		<p>2. A descrição da alteração da função intelectual e da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p> <p>3. Na hipótese de associação às Síndromes será admitido Relatório Médico emitido por Geneticista.</p>		
<b>F83</b>	<b>Transtornos específicos mistos do desenvolvimento</b>	<p>1. Somente até 18 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo limitação nos aspectos de:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> aprendizagem e aplicação do conhecimento;</p> <p><b>c.</b> mobilidade.</p> <p>3. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional ou Fonoaudiólogo.</p>	Sim	1 ano
<b>F84</b>	<b>Transtornos globais do desenvolvimento</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da limitação de atividades deverá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo, Terapeuta Operacional, Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo.</p>	Sim	1 ano
<b>F90</b>	<b>Transtornos hipercinéticos</b>	<p>1. Somente na faixa etária entre 06 e 18 anos.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Psiquiatra descrevendo a alteração das funções mentais e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação do conhecimento;</p> <p><b>b.</b> relações e interação interpessoal;</p> <p><b>c.</b> convívio social.</p> <p>3. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Psicólogo.</p>	Não	1 ano
<b>Doenças do Sistema Nervoso</b>				
<b>G04</b>	<b>Encefalite, mielite e encefalomielite.</b>	<p>1. Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença.</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar descrevendo os exames:</p> <p><b>a.</b> líquido e TC ou;</p> <p><b>b.</b> medida da pressão intracraniana ou;</p> <p><b>c.</b> ENMG.</p> <p>3. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1, estes serão enquadrados na CID da seqüela.</p>	Sim	1 ano
<b>G09</b>	<b>Seqüelas de doenças inflamatórias do sistema nervoso central</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> auto cuidado;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar descrevendo os exames de líquido e TC.</p> <p>3. Nos casos em que não for apresentado o resumo de alta hospitalar será admitido laudo do exame de TC.</p>	Sim	1 ano

<b>G10</b>	<b>Doença de Huntington</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades: <b>a.</b> auto cuidado; e <b>b.</b> atividades da vida diária.	Sim	1 ano
<b>G11</b>	<b>Ataxia hereditária</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades: <b>a.</b> auto cuidado; e <b>b.</b> atividades da vida diária.	Sim	1 ano
<b>G12</b>	<b>Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo as limitações para as atividades: <b>a.</b> auto cuidado; e <b>b.</b> atividades da vida diária.	Sim	1 ano
<b>G20</b>	<b>Doença de Parkinson</b>	1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade e; <b>d.</b> relações e interação interpessoal.	Sim	1 ano
<b>G21</b>	<b>Parkinsonismo adquirido</b>	1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade e; <b>d.</b> relações e interação interpessoal.	Sim	1 ano
<b>G25.4</b>	<b>Coréia induzida por droga</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista informando a droga desencadeante do processo e descrevendo a limitação em duas prioritariamente(b e c) ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade; <b>d.</b> convívio social.	Sim	1 ano
<b>G25.5</b>	<b>Outras formas de Coréia</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:prioritariamente (b e c) <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade; <b>d.</b> convívio social.	Sim	1 ano
<b>G25.8</b>	<b>Outras doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, especificados.</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:prioritariamente (b e c) <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade; <b>d.</b> convívio social.	Sim	1 ano
<b>G25.9</b>	<b>Doenças extrapiramidais e transtornos do movimento, não especificados</b>	1. Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:prioritariamente (b e c) <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> auto cuidado; <b>c.</b> mobilidade; <b>d.</b> convívio social.	Sim	1 ano

<b>G30</b>	<b>Doença de Alzheimer</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> mobilidade e;  <b>d.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>G31</b>	<b>Outras doenças degenerativas do sistema nervoso, não classificadas em outra parte.</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista, Clínico Generalista ou Geriatra descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: prioritariamente (b e c)</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> mobilidade e;  <b>d.</b> relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>G35</b>	<b>Esclerose Múltipla</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo:</p> <p><b>a.</b> as alterações neurológicas existentes ou;  <b>b.</b> comprometimento motor, cognitivo ou sensorial.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação.</p>	Sim	1 ano
<b>G36</b>	<b>Outras desmielinizações disseminadas agudas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo:</p> <p><b>a.</b> as alterações neurológicas existentes ou;  <b>b.</b> comprometimento motor, cognitivo ou sensorial.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação.</p>	Sim	1 ano
<b>G37</b>	<b>Outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo:</p> <p><b>a.</b> as alterações neurológicas existentes ou;  <b>b.</b> comprometimento motor, cognitivo ou sensorial.</p> <p>2. Cópia do receituário Médico comprovando o uso da medicação.</p>	Sim	1 ano
<b>G46</b>	<b>Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Clínico Generalista, Geriatra ou Neurologista descrevendo a limitação em dois ou mais domínios no âmbito de: prioritariamente (b e c)</p> <p><b>a.</b> comunicação;  <b>b.</b> auto cuidado;  <b>c.</b> mobilidade e;  <b>d.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p>2. Documentos / exames:  <b>a.</b> laudo de Tomografia de crânio</p>	Sim	1 ano
<b>G54</b>	<b>Transtornos das raízes e dos plexos nervosos</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as limitações funcionais nos âmbitos de:</p> <p><b>a.</b> extensão;  <b>b.</b> flexão e;  <b>c.</b> sustentação.</p> <p>2. Laudo de ENMG;</p> <p>3. Na primeira solicitação, na ausência de ENMG, a descrição detalhada das limitações acima poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Fisioterapeuta.</p>	Não: unilateral Sim: Bilateral	1 ano
<b>G55.0</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em doenças neoplásicas</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Oncologista ou Radioterapeuta especificando a doença de base, o esvaziamento e intervenção com a descrição da sequela.</p> <p>2. Laudo do exame de Anátomo Patológico.</p>	Não	1 ano
<b>G55.1</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo o estadiamento atual da doença e o comprometimento motor apresentado.</p>		

		<p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC descrevendo "extrusão discal associada à Rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p>b. laudo de exame de RNM descrevendo "moderado comprometimento da raiz emergente" ou "grave comprometimento da raiz emergente" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>G55.2</b>	<b>Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo o estadiamento atual da doença e o comprometimento motor apresentado.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p>a. laudo de exame de TC descrevendo "extrusão discal associada à Rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p>b. laudo de exame de RNM descrevendo "moderado comprometimento da raiz emergente" ou "grave comprometimento da raiz emergente" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>G60</b>	<b>Neuropatia Hereditária e Idiopática</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor" ou equivalente.</p>	Sim	1 anos
<b>G61</b>	<b>Polineuropatia inflamatória</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor" ou equivalente.</p>	Sim	1 ano
<b>G62</b>	<b>Outras polineuropatias</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor" ou equivalente.</p>	Sim	1 ano
<b>G63</b>	<b>Polineuropatia em doenças classificadas em outra parte</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG descrevendo "comprometimento axonal crônico grave do neurônio motor" ou equivalente.</p>	Sim	1 ano
<b>G70</b>	<b>Miastenia gravis e outros transtornos neuromusculares</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento da doença e as alterações motoras existentes.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. dosagem de anticorpos antireceptor de acetilcolina ou;</p> <p>b. prova do Mestinon®.</p>	Sim	1 ano
<b>G71</b>	<b>Transtornos primários dos músculos</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença e comprometimento das funções motoras presentes.</p>	Sim	1 ano
<b>G80</b>	<b>Paralisia Cerebral</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p>a. comunicação;</p> <p>b. autocuidado;</p> <p>c. mobilidade e;</p> <p>d. relações e interação interpessoal.</p>	Sim	1 ano
<b>G81</b>	<b>Hemiplegia</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado.</p> <p>2. Documentos / exames</p> <p>a. laudo de exame de EEG; ou</p> <p>b. laudo de exame de TC ou;</p> <p>c. laudo de exame de RNM.</p>	Sim	1 ano

<b>G82</b>	<b>Paraplegia e tetraplegia</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a doença de origem com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de EEG; ou</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de TC ou;</p> <p><b>c.</b> laudo de exame de RNM.</p>	Sim	1 ano
<b>G83</b>	<b>Outras síndromes paralíticas</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a doença de base com os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade, autocuidado e atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de EEG; ou</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de TC ou;</p> <p><b>c.</b> laudo de exame de RNM.</p>	Sim	1 ano
<b>G90</b>	<b>Transtornos do Sistema Nervoso Autônomo</b>	<p><b>1.</b> Somente nos casos de: Síncope do seio carotídeo, Disautonomia familiar, Síndrome de Horner, Síndrome de Shy Drager</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o transtorno e as limitações motoras apresentadas;</p> <p><b>3.</b> Laudo de exame utilizado para diagnóstico.</p>	Sim	1 ano
<b>G91</b>	<b>Hidrocefalia</b>	<p><b>1.</b> Somente até 1 ano após o diagnóstico e cirurgia.</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a cirurgia e se existem sequelas.</p> <p><b>3.</b> Sequelas causadas pela Hidrocefalia serão enquadradas em outras CID's.</p>	Sim	1 ano
<b>G92</b>	<b>Encefalopatia Tóxica</b>	<p><b>1.</b> Somente associada a causas externas enquadradas nas CID's T36 a T50.</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo a causa externa, os comprometimentos cognitivo ou motor e as limitações apresentadas.</p>	Sim	1 ano
<b>G93.4</b>	<b>Encefalopatia não especificada</b>	<p><b>1.</b> Somente associada a causas externas enquadradas nas CID's N18 e K70 a K74.</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista, Psiquiatra, ou Médico Triador de Transplante Hepático ou Renal descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p><b>3.</b> Relatório de internação.</p>	Sim	1 ano
<b>Doenças do Olho e Anexos / Doenças dos Ouvidos e das Apófises Mastóides</b>				
<b>H54.0</b>	<b>Cegueira, ambos os olhos</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Oftalmologista com Acuidade Visual de ambos os olhos informando:</p> <p><b>a.</b> perda inferior a 0,05 com a melhor correção no melhor olho ou;</p> <p><b>b.</b> Campo Visual Tubular inferior a 10°, no melhor olho.</p>	Sim	1 ano
<b>H54.1</b>	<b>Cegueira em um olho e visão subnormal em outro</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo, o lado afetado pela cegueira e a Acuidade Visual do outro olho, informando:</p> <p><b>a.</b> perda igual ou inferior a 0,3 com a melhor correção ou;</p> <p><b>b.</b> nos casos de Campo Visual Tubular, perda com ângulo de 5°-10°.</p>	Sim	1 ano
<b>H54.2</b>	<b>Visão subnormal em ambos os olhos</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Oftalmologista descrevendo a possível causa e a acuidade Visual com:</p> <p><b>a.</b> perda igual ou inferior a 0,3 da visão bilateral com a melhor correção ou;</p> <p><b>b.</b> nos casos de Campo Visual Tubular, perda bilateral com ângulo de 5°-10°.</p>	Sim	1 ano
<b>H90</b>	<b>Perda de audição por transtorno de condução e/ou neurosensorial</b>	<p><b>1.</b> Nos casos de deficiência auditiva neurosensorial ou mista, de grau moderado ou superior bilateral, conforme Classificação da perda auditiva de Lloyd e Kaplan, 1978 (média entre 500, 1000 e 2000 Hz, acima de 41 decibéis).</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> Audiometria ou;</p> <p><b>b.</b> BERA.</p>	Não	1 ano

<b>Doenças do Aparelho Circulatório</b>				
<b>I02</b>	<b>Coréia Reumática</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista, descrevendo a droga desencadeante e a evolução do quadro.	Sim	1 ano
<b>I60</b>	<b>Hemorragia subaracnóide</b>	<b>1.</b> Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. <b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. <b>3.</b> Documentos / exames <b>a.</b> laudo de exame de TC; ou <b>b.</b> laudo de exame de RNM ou; <b>c.</b> resumo de alta hospitalar. <b>4.</b> Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela.	Sim	1 ano
<b>I61</b>	<b>Hemorragia intracerebral</b>	<b>1.</b> Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. <b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. <b>3.</b> Documentos / exames <b>a.</b> laudo de exame de TC; ou <b>b.</b> laudo de exame de RNM ou; <b>c.</b> resumo de alta hospitalar. <b>4.</b> Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela.	Sim	1 ano
<b>I63</b>	<b>Infarto cerebral</b>	<b>1.</b> Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. <b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. <b>3.</b> Documentos / exames <b>a.</b> laudo de exame de TC; ou <b>b.</b> laudo de exame de RNM ou; <b>c.</b> resumo de alta hospitalar. <b>4.</b> Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela.	Sim	1 ano
<b>I64</b>	<b>Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico.</b>	<b>1.</b> Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. <b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. <b>3.</b> Documentos / exames <b>a.</b> laudo de exame de TC; ou <b>b.</b> laudo de exame de RNM ou; <b>c.</b> resumo de alta hospitalar. <b>4.</b> Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela.	Sim	1 ano
<b>I67</b>	<b>Outras doenças cerebrovasculares</b>	<b>1.</b> Somente com até um ano da data do diagnóstico da doença. <b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista descrevendo o estadiamento atual da doença, as alterações neurológicas e as limitações funcionais apresentadas. <b>3.</b> Documentos / exames <b>a.</b> laudo de exame de TC; ou <b>b.</b> laudo de exame de RNM ou; <b>c.</b> resumo de alta hospitalar. <b>4.</b> Casos com mais de um ano do diagnóstico serão enquadrados com o CID da seqüela.	Sim	1 ano

<b>I69</b>	<b>Seqelas de doenças cerebrovasculares</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou clínico Generalista descrevendo limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> comunicação;</p> <p><b>b.</b> autocuidado;</p> <p><b>c.</b> mobilidade e;</p> <p><b>d.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p>2. A descrição da limitação de atividades poderá estar detalhada no Relatório Médico ou em Relatório Funcional emitido por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional.</p>	Sim	1 ano
<b>I89</b>	<b>Outros transtornos não infecciosos dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos</b>	<p>1. Exceto casos de Obesidade Mórbida.</p> <p>2. Relatório Médico informando Elefantíase, diâmetro da panturrilha superior a 2/3 do diâmetro da coxa e limitações de mobilidade.</p>	Não	1 ano
<b>I97.2</b>	<b>Síndrome do Linfedema Pós- Mastectomia</b>	<p>1. Somente para os casos em que:</p> <p><b>a.</b> a doença de base está enquadrada na CID C50 - "Neoplasia Maligna da Mama".</p> <p><b>b.</b> exista perda da mobilidade no membro superior do lado comprometido com abdução abaixo de 45°.</p> <p>2. Apresentar laudo do exame Anátomo Patológico.</p> <p>3. Relatório Médico pós operatório informando a doença de base e a limitação funcional existente.</p>	Não	1 ano
<b>Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo</b>				
<b>M05</b>	<b>Artrite reumatóide</b>	<p>1. Somente para limitação em grandes articulações e membros.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as articulações afetadas e o comprometimento no âmbito da mobilidade e/ou autocuidado.</p> <p>3. Apresentar FR positivo.</p>	Não	1 ano
<b>M06.4</b>	<b>Poliartropatia Inflamatória</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as deformidades, articulações comprometidas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado</p> <p><b>b.</b> mobilidade;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária ;</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	1 ano
<b>M08</b>	<b>Artrite Juvenil</b>	<p>1. Somente na faixa etária entre 0 e 18 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico apresentando erosão com grau superficial e alteração na cartilagem de crescimento.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> exame de VHS, PCR e leucograma e;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de RX de joelho, coxofemoral ou tornozelo. Descrever as deformidades ,articulações comprometidas e as limitações de mobilidade.</p>	Não	1 ano
<b>M12.5</b>	<b>Artropatia Traumática</b>	<p>1. Somente em grandes articulações.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as deformidades, as articulações comprometidas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> mobilidade;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária;</p> <p>3. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	1 ano



<b>M15</b>	<b>Poliartrose</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista ou Reumatologista, descrevendo condropatia acima de grau 2, comprometimento em duas ou mais articulações e limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de TC ou;  <b>b.</b> laudo de exame de RX.</p>	Não	1 ano
<b>M16</b>	<b>Coxartrose (artrose do quadril)</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de TC ou RNM descrevendo "condropatia da articulação coxo-femoral em grau III ou IV " ou equivalente e;  <b>b.</b> laudo de exame de RX descrevendo "achatamento da cabeça femoral, osteofitose acetabular, diminuição do espaço femuroacetabular" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>M17</b>	<b>Gonartrose (artrose do joelho)</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RNM descrevendo "articulação do joelho com comprometimento tricompartmental, com erosões ósseas, condropatia Grau IV" e laudo de exame de RX descrevendo "artropatia tricompartmental" ou equivalente ou;  <b>b.</b> laudo de exame de TC descrevendo "diminuição do espaço articular femuro tibial medial, femuro tibial lateral e femuro patelar com proeminência das espinhas tibiais ou osteofitose permanente" e laudo de exame de RX descrevendo "artropatia tricompartmental" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>M19</b>	<b>Outras artroses</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo comprometimento em:</p> <p><b>a.</b> tornozelos;  <b>b.</b> cotovelo ou;  <b>c.</b> ombro.</p> <p>e descrevendo limitações em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária .</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RNM ou;  <b>b.</b> laudo de exame de TC.</p>	Não	1 ano
<b>M21.5</b>	<b>Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as deformidades, sua causa e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária .</p> <p><b>2.</b> Laudo de exame de RX da articulação comprometida.</p>	Não	1 ano

<b>M21.8</b>	<b>Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as deformidades, membros comprometidos e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:principalmente mobilidade</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária;</p> <p><b>2.</b> Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	1 ano
<b>M32</b>	<b>Lupus eritematoso disseminado (sistêmico)</b>	<p><b>1.</b> Relatório emitido por clínico ou reumatologista descrevendo as alterações produzidas pelo Lupus e limitações funcionais em 2 ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> atividade da vida diária;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> convívio social;  <b>e.</b> relações e interação interpessoal.</p> <p><b>2.</b> Apresentar dois ou mais anticorpos positivos ( + + ) nos exames de:</p> <p><b>a.</b> FAN;  <b>b.</b> anticorpo anti DNA;  <b>c.</b> anti hestona;  <b>d.</b> anti Rô;  <b>e.</b> SM ou;  <b>f.</b> anti RNP.</p>	Não	1 ano
<b>M34.0</b>	<b>Esclerose sistêmica progressiva</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as deformidades existentes e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> atividade da vida diária;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> convívio social.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> anticorpo anti-centrômero e anti Scl-70 com comprovação por dois ou mais anticorpos positivos ( + + ) e biópsia de pele.</p>	Não	1 ano
<b>M40</b>	<b>Cifose e Lordose</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> atividade da vida diária;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> convívio social.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX.</p>	Não	1 ano

<b>M41</b>	<b>Escoliose</b>	<p><b>1.</b> Somente quando constatada "angulação maior ou igual a 45° latero-lateral".</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> convívio social.</p> <p><b>3.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX de coluna inteira</p> <p><b>b.</b> TC; ou</p> <p><b>c.</b> RNM.</p>	Não	1 ano
<b>M42</b>	<b>Osteocondrose da coluna vertebral</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a dorsopatia existente, sua angulação, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> convívio social.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX.</p>	Não	2 anos
<b>M45</b>	<b>Espondilite anquilosante</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo as alterações existentes, a função comprometida (motora e/ou respiratória) e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>2.</b> Laudo de exame de RX com duas ou mais das seguintes alterações: sacroileíte bilateral simétrica, osteoporose, perda da definição da margem articular, erosões superficiais áreas de osteonecrose, osteíte de campos vertebrais com calcificação de ligamentos, estreitamento articular acetabular e osteófito de calcâneo.</p>	Não	1 ano
<b>M47.1</b>	<b>Outras espondiloses com mielopatia</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>M50.0</b>	<b>Transtornos dos discos cervicais com mielopatia</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p>	Não	1 ano

		<p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente.</p>		
<b>M51.0</b>	<b>Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a lesão radicular, o comprometimento neural, a limitação motora e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> atividade da vida diária;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exames de TC ou RNM descrevendo "extrusão discal associada à rotura de ânulo fibroso e migração do componente discal" ou equivalente ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de ENMG descrevendo "apresentando comprometimento moderado do miótomo comprometido" ou equivalente.</p>	Não	1 ano
<b>M67.0</b>	<b>Tendão de aquiles curto (adquirido)</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo a(s) deformidade(s), lado(s) comprometido(s) e limitações nas seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> atividades da vida diária ;</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	1 ano
<b>M75.1</b>	<b>Síndrome do Manguito Rotador</b>	<p>1. Somente com lesão anatômica comprovada por USG ou RNM de ombro.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as lesão e o lado afetado;</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exames de USG ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exames de RNM de ombro.</p>	Não	1 ano
<b>M80</b>	<b>Osteoporose com fratura patológica</b>	<p>1. Somente com fratura de:</p> <p><b>a.</b> fêmur;</p> <p><b>b.</b> úmero;</p> <p><b>c.</b> tibia;</p> <p><b>d.</b> fíbula;</p> <p><b>e.</b> rádio ou;</p> <p><b>f.</b> ulna.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo as alterações motoras e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> mobilidade;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de densitometria óssea e;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de RX da fratura.</p>	Sim	1 ano
<b>M86</b>	<b>Osteomielite</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista, descrevendo as alterações motoras, medicação utilizada, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;</p> <p><b>b.</b> mobilidade;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo do exame de RX do segmento comprometido.</p>	Não	1 ano

<b>M87.0</b>	<b>Necrose asséptica idiopática do osso</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações (achatamento, deformidade com áreas de osteoclase da cabeça femoral), medicação utilizada, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento afetado.</p>	Não	1 ano
<b>M87.2</b>	<b>Osteonecrose devido a traumatismo anterior</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo as alterações, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX do segmento afetado.</p>	Não	1 ano
<b>M88</b>	<b>Doença de Paget do osso (osteíte deformante)</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações, segmentos afetados e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX dos segmentos afetados com duas ou mais das seguintes alterações: osteoporose circunscrita, lesões em ossos longos que iniciam nas extremidades e progridem em "v", lesões na pelve com espessamento e indefinição da linha íleo-pectínea, estreitamento articular do quadril, protusão acetabular, corpo vertebral em moldura, calota craniana com aspecto de algodão.</p>	Não	1 ano
<b>M91</b>	<b>Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo as alterações, intervenções cirúrgicas e limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> autocuidado;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. laudo de exame de RX com a descrição de achatamento e deformidade com áreas de osteoclase da cabeça femoral.</p>	Não	1 ano
<b>Doenças do aparelho geniturinário</b>				
<b>N18</b>	<b>Insuficiência Renal Crônica</b>	<p>1. Somente em tratamento de hemodiálise</p> <p>2. Relatório médico emitido pela instituição onde realiza o tratamento. Identificar prazo ou período para tratamento.</p>	Sim	1 ano
<b>Algumas afecções originadas no período Neonatal</b>				
<b>P14</b>	<b>Lesões ao nascer do sistema nervoso periférico</b>	<p>1. Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento.</p> <p>2. Após dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo a persistência de lesão e limitações do uso dos segmentos afetados.</p>	Sim	1 ano
<b>P20</b>	<b>Hipóxia intra-uterina</b>	<p>1. Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento.</p> <p>2. De dois a seis anos de idade: Relatório Médico descrevendo atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;  <b>b.</b> comunicação;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> autocuidado.</p>	Sim	1 ano

<b>P21</b>	<b>Asfixia ao nascer</b>	<p><b>1.</b> Até dois anos de idade: Relatório Médico descrevendo o tipo de lesão ao nascimento.</p> <p><b>2.</b> De dois a seis anos de idade: Relatório Médico descrevendo atraso persistente do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p><b>b.</b> comunicação;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> autocuidado.</p>	Sim	1 ano
<b>Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas</b>				
<b>Q00</b>	<b>Anencefalia e malformações similares</b>	<p><b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a malformação, alterações neurológicas, alterações do desenvolvimento neuropsicomotor.</p>	Sim	1 ano
<b>Q01</b>	<b>Encefalocele</b>	<p><b>1.</b> Somente para crianças com até 01 ano de idade.</p> <p><b>2.</b> Relatório Médico emitido por Neonatologista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença.</p>	Sim	1 ano
<b>Q02</b>	<b>Microcefalia</b>	<p><b>1.</b> Até um ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo:</p> <p><b>a.</b> perímetro cefálico abaixo de 2,5 escore Z ou;</p> <p><b>b.</b> percentil menor que 5 %.</p> <p><b>2.</b> Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p><b>b.</b> comunicação;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> autocuidado.</p>	Sim	1 ano
<b>Q03</b>	<b>Hidrocefalia congênita</b>	<p><b>1.</b> Até 01 ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Pediatra, Neurocirurgião ou Neuropediatra descrevendo as intervenções cirúrgicas realizadas ou planejadas e informando: perímetro cefálico acima de 2 escore Z ou percentil maior que 97,5 %;</p> <p><b>a.</b> Apresentar laudo de exames de TC ou US ou RNM.</p> <p><b>2.</b> Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p><b>b.</b> comunicação;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> autocuidado.</p>	Sim	1 ano
<b>Q05</b>	<b>Espinha bífida</b>	<p><b>1.</b> Até um ano de idade: Relatório Médico emitido por Neonatologista, Neuropediatra, Neurologista ou Pediatra descrevendo:</p> <p><b>a.</b> o tipo de espinha bífida e sua localização;</p> <p><b>b.</b> a existência ou não de hidrocefalia associada;</p> <p><b>c.</b> as intervenções cirúrgicas realizadas ou planejadas;</p> <p><b>d.</b> laudo de TC ou RNM.</p>		

		<p>2. Após um ano de idade: Relatório Médico descrevendo atraso (persistente) do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações neurológicas e limitação em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p><b>b.</b> comunicação;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> autocuidado.</p>	Sim	1 ano
<b>Q65.0</b>	<b>Luxação congênita unilateral do quadril</b>	<p>1. Somente para crianças com até 04 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de USG das articulações coxofemorais.</p>	Sim	1 ano
<b>Q65.1</b>	<b>Luxação congênita bilateral do quadril</b>	<p>1. Somente para crianças com até 04 anos de idade.</p> <p>2. Relatório Médico emitido por Neonatologista, Ortopedista ou Pediatra descrevendo o estadiamento atual da doença.</p> <p>3. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame de USG das articulações coxofemorais.</p>	Sim	1 ano
<b>Q66</b>	<b>Pé torto congênito</b>	<p><b>Para crianças até 04 anos de idade.</b></p> <p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista ou Pediatra descrevendo a deformidade, o tratamento realizado/proposto.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou USG das articulações afetadas.</p>	Sim	1 ano
		<p><b>Para pessoas acima de 04 anos de idade.</b></p> <p>1. Relatório Médico descrevendo a deformidade e a alteração funcional da marcha e quais meios auxiliares de locomoção.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX das articulações do joelho, coxo femoral, tornozelo e metacarpo falangeanas ou;</p> <p><b>b.</b> laudo de exame USG das articulações do joelho, coxo femoral, tornozelo e metacarpo falangeanas.</p>	Não	1 ano
<b>Q71</b>	<b>Defeitos, por redução, do membro superior.</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não: unilateral Sim: bilateral	1 ano
<b>Q72</b>	<b>Defeitos, por redução, do membro inferior.</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não	1 ano
<b>Q74.0</b>	<b>Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cintura escapular.</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não	1 ano

<b>Q74.2</b>	<b>Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cintura pélvica.</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo o membro comprometido, as deformidades apresentadas e a limitação nas seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;  <b>b.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Laudo de exame de RX.</p>	Não	1 ano
<b>Q78.0</b>	<b>Osteogênese imperfecta</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as alterações ósseas, e outras deformidades e as limitações motoras.</p> <p>2. Laudo de exame de RX descrevendo as lesões ósseas compatíveis com osteogênese.</p>	Sim	1 ano
<b>Q87.1</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo</b>	<p>1. Somente para Síndrome de Aarskog, Cockayne, de Lange, de Dubowitz, Nonam, Prader- Willi, Robinow-Silverman-Smith, Russell-Silver, Seckel, Smith-Lemli-Opitz.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;  <b>b.</b> comunicação;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> autocuidado;  <b>e.</b> atividades da vida diária;  <b>f.</b> convívio social.</p>	Não	1 ano
<b>Q87.2</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros</b>	<p>1. Somente para Síndrome de Holt-Oram, Klippel-Trenaunay-Weber, Rótula em unha ou Rubinstein-Taybi, Sirenomelia, Trombocitopenia com ausência de rádio.</p> <p>2. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;  <b>b.</b> comunicação;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> autocuidado;  <b>e.</b> atividades da vida diária;  <b>f.</b> convívio social.</p>	Não	1 ano
<b>Q87.4</b>	<b>Síndrome de Marfan</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Pediatra ou Cardiologista descrevendo as malformações apresentadas, incluindo a incompatibilidade entre o volume torácico e volume cardíaco com escore cardíaco maior ou igual a 2, e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;  <b>b.</b> mobilidade;  <b>c.</b> autocuidado;  <b>d.</b> atividades da vida diária.</p> <p>2. Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX de Tórax e;  <b>b.</b> laudo de exame de Ecocardiograma.</p>	Sim	1 ano
<b>Q87.5</b>	<b>Síndromes com malformações congênitas com outras alterações do esqueleto</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo a síndrome, as malformações associadas e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;  <b>b.</b> comunicação;  <b>c.</b> mobilidade;  <b>d.</b> autocuidado;  <b>e.</b> atividades da vida diária;  <b>f.</b> convívio social.</p>	Sim	1 ano



<b>Q90</b>	<b>Síndrome de Down</b>	<p>1. Relatório Médico descrevendo as limitações em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> aprendizagem e aplicação de conhecimento;</p> <p><b>b.</b> comunicação;</p> <p><b>c.</b> mobilidade;</p> <p><b>d.</b> autocuidado;</p> <p><b>e.</b> atividades da vida diária;</p> <p><b>f.</b> convívio social.</p>	Sim	1 ano
<b>S14</b>	<b>Traumatismos de nervos e da medula espinhal ao nível cervical</b>	<p><b>Nos casos de lesão de raiz nervosa cervical ou plexo braquial:</b></p> <p>1. Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo as lesões e as limitações nos âmbitos de:</p> <p><b>a.</b> extensão;</p> <p><b>b.</b> flexão e;</p> <p><b>c.</b> sustentação.</p> <p>2. Laudo de exame de ENMG.</p> <p><b>Em casos de lesão de medula cervical:</b></p> <p>1. Relatório Médico descrevendo os resultados de exames usados para o diagnóstico, o grau de comprometimento motor, as limitações apresentadas em termos de mobilidade e autocuidado;</p> <p>2. A descrição detalhada das limitações funcionais poderá constar do relatório Médico ou de relatório elaborado por fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.</p>	Sim	1 ano
<b>S82.1</b>	<b>Fratura da extremidade proximal da tíbia</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX da fratura.</p>	Não	1 ano
<b>S82.2</b>	<b>Fratura da diáfise da tíbia</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX da fratura.</p>	Não	1 ano
<b>S82.3</b>	<b>Fratura da extremidade distal da tíbia</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX da fratura.</p>	Não	1 ano
<b>S82.4</b>	<b>Fratura do perônio (fíbula)</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX da fratura.</p>	Não	1 ano
<b>S82.7</b>	<b>Fraturas múltiplas da perna</b>	<p>Somente quando realizado procedimento cirúrgico, com a utilização de fixador externo e até 1 ano após o trauma.</p> <p>1. Relatório Médico emitido por ortopedista com a previsão de retirada do aparelho fixador externo;</p> <p>2. Resumo de alta hospitalar;</p> <p>3. Laudo de exame de RX da fratura.</p>	Não	1 ano

<b>Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.</b>				
<b>T02.1</b>	<b>Fratura envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve</b>	<p>Somente até 1 ano após o trauma.</p> <p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> autocuidado;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> relatório de Internação ou;</p> <p><b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.</p>	Não	1 ano
<b>T02.4</b>	<b>Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros superiores</b>	<p>Somente até 1 ano após o trauma.</p> <p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> autocuidado;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> relatório de Internação ou;</p> <p><b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.</p>	Não	1 ano
<b>T02.5</b>	<b>Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros inferiores</b>	<p>Somente até 1 ano após o trauma.</p> <p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> autocuidado;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> relatório de Internação ou;</p> <p><b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.</p>	Não	1 ano
<b>T02.6</b>	<b>Fraturas envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores com inferiores</b>	<p>Somente até 1 ano após o trauma.</p> <p><b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <p><b>a.</b> mobilidade;</p> <p><b>b.</b> autocuidado;</p> <p><b>c.</b> atividades da vida diária.</p> <p><b>2.</b> Documentos / exames:</p> <p><b>a.</b> laudo de exame de RX ou;</p> <p><b>b.</b> relatório de Internação ou;</p> <p><b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.</p>	Não	1 ano

<b>T02.7</b>	<b>Fraturas envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve com membros</b>	Somente até 1 ano após o trauma. <b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a gravidade e extensão da lesão e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> autocuidado; <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exame de RX ou; <b>b.</b> relatório de Internação ou; <b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>T04.4</b>	<b>Traumatismos por esmagamento envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores com inferiores</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> autocuidado; <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exame de RX; <b>b.</b> relatório de Internação ou; <b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>T04.7</b>	<b>Traumatismos por esmagamento do tórax com abdome, parte inferior do dorso, pelve e membros.</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> autocuidado; <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exame de RX; <b>b.</b> relatório de Internação ou; <b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>T05</b>	<b>Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> autocuidado; <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exame de RX; <b>b.</b> relatório de Internação ou; <b>c.</b> resumo de Alta Hospitalar.	Sim	1 ano

T11.6	<b>Amputação traumática de membro superior, nível não especificado.</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mobilidade;</li> <li>b. autocuidado;</li> <li>c. atividades da vida diária.</li> </ul> <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. laudo de exame de RX;</li> <li>b. relatório de Internação ou;</li> <li>c. resumo de Alta Hospitalar.</li> </ul>	Não	1 ano
T13.6	<b>Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado.</b>	<p>1. Relatório Médico emitido por Ortopedista descrevendo a natureza da lesão, sua localização, os exames utilizados para diagnóstico, e as limitações funcionais em duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mobilidade;</li> <li>b. autocuidado;</li> <li>c. atividades da vida diária.</li> </ul> <p>2. Documentos / exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. laudo de exame de RX;</li> <li>b. relatório de Internação ou;</li> <li>c. resumo de Alta Hospitalar.</li> </ul>	Não	1 ano
T21	<b>Queimadura e corrosão do tronco</b>	<p>Somente para grau III</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Pneumologista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo as funções respiratória a limitação funcional para as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mobilidade;</li> <li>b. atividade de vida diária;</li> <li>c. autocuidado.</li> </ul> <p>2. Laudo de exame de Espirometria.</p> <p>3. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas nos Itens 1 e 2, estes serão enquadrados na CID da seqüela.</p>	Não	1 ano
T22	<b>Queimadura e corrosão do ombro e de membro superior, exceto punho e mão.</b>	<p>Somente para grau III</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mobilidade;</li> <li>b. atividade de vida diária;</li> <li>c. autocuidado e</li> <li>d. convívio social.</li> </ul>	Não	1 ano
T23	<b>Queimadura e corrosão do punho e da mão</b>	<p>Somente para grau III</p> <p>1. Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. mobilidade;</li> <li>b. atividade de vida diária;</li> <li>c. autocuidado e;</li> <li>d. convívio social.</li> </ul> <p>2. Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1, estes serão enquadrados na CID da seqüela.</p>	Não	1 ano

<b>T24</b>	<b>Queimadura e corrosão do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e pé.</b>	Somente para grau III <b>1.</b> Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> atividade de vida diária; <b>c.</b> autocuidado e <b>d.</b> convívio social. <b>2.</b> Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1 , estes serão enquadrados na CID da seqüela.	Não	1 ano
<b>T25</b>	<b>Queimadura e corrosão do tornozelo e do pé</b>	Somente para grau III <b>1.</b> Relatório Médico emitido por Cirurgião Plástico ou Ortopedista especificando o grau e a extensão da lesão, a seqüela, descrevendo a limitação funcional para duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> atividade de vida diária; <b>c.</b> autocuidado e <b>d.</b> convívio social. <b>2.</b> Caso o Relatório Médico não apresente as descrições mencionadas no Item 1 , estes serão enquadrados na CID da seqüela.	Não	1 ano
<b>T87</b>	<b>Complicações próprias de reimplante e amputação</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por ortopedista descrevendo segmento afetado e o tipo de complicação (neuroma, infecção, necrose, contratura, edema, hematoma) e as limitações funcionais nas atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> atividade de vida diária; e <b>c.</b> autocuidado.	Não	1 ano
<b>T90.5</b>	<b>Seqüela de traumatismo intracraniano</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou clínico descrevendo as alterações neurológicas (memória, orientação, raciocínio, crítica, motricidade) e a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> comunicação; <b>b.</b> autocuidado; <b>c.</b> mobilidade e; <b>d.</b> relações e interação interpessoal. <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exame TC de crânio.	Não Sim - Se com comprometimento cognitivo	1 ano
<b>T91.1</b>	<b>Seqüela de fratura de coluna vertebral</b>	<b>1.</b> Relatório Médico emitido por Neurologista ou Ortopedista descrevendo a fratura, as lesões associadas, procedimento cirúrgico, o exame de imagem realizado, as limitações motoras e o prejuízo em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> autocuidado; <b>b.</b> atividade da vida diária; <b>c.</b> mobilidade; <b>2.</b> Documentos / exames: <b>a.</b> laudo de exames de RNM ou; <b>b.</b> Relatório funcional emitido pelo Fisioterapeuta descrevendo fratura e lesões associadas.	Não	1 ano
<b>T92.6</b>	<b>Seqüela de esmagamento e amputação traumática de membro superior</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a natureza da lesão, sua localização e as limitações funcionais em 2 ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade; <b>b.</b> autocuidado; e <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Laudo de exame de RX ou resumo de alta hospitalar do membro comprometido.	Não	1 ano

<b>T93.1</b>	<b>Sequela de fratura de fêmur</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo encurtamento de membro que leve à dificuldade de deambulação. <b>2.</b> Escanometria ≥ 3cm.	Não	1 ano
<b>T93.6</b>	<b>Sequela de esmagamento e amputação traumática de membro inferior</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo a natureza da lesão, sua localização e as limitações em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade, <b>b.</b> autocuidado, <b>c.</b> atividades da vida diária. <b>2.</b> Laudo de RX do membro comprometido ou Resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>T95.2</b>	<b>Sequelas de queimadura, corrosão e geladura de membro superior</b>	<b>1.</b> Relatório Médico especificando o grau, a extensão da lesão e a sequela, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade, <b>b.</b> atividade de vida diária e; <b>c.</b> autocuidado. <b>2.</b> Para os casos de amputação apresentar laudo de exame de RX, para os demais casos Resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>T95.3</b>	<b>Sequelas de queimadura, corrosão e geladura de membro inferior</b>	<b>1.</b> Relatório Médico especificando o grau, a extensão da lesão e a sequela, descrevendo a limitação em duas ou mais das seguintes atividades: <b>a.</b> mobilidade, <b>b.</b> atividade de vida diária e; <b>c.</b> autocuidado. <b>2.</b> Para os casos de amputação apresentar laudo de exame de RX, para os demais casos Resumo de Alta Hospitalar.	Não	1 ano
<b>Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde</b>				
<b>Z 93.0</b>	<b>Traqueostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.1</b>	<b>Gastrostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.2</b>	<b>Ileostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.3</b>	<b>Colostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.4</b>	<b>Outros orifícios artificiais do trato gastrointestinal</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.5</b>	<b>Cistostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano
<b>Z 93.6</b>	<b>Outros Orifícios artificiais do aparelho urinário: nefrostomia, ureterostomia, uretrostomia</b>	<b>1.</b> Relatório Médico descrevendo: <b>a.</b> ostomia Permanente e; <b>b.</b> CID da doença de base.	Não	1 ano

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONCESSÃO DE PASSE LIVRE MUNICIPAL

Lei nº 3.741/2013 e Decreto 34.446, de 30/07/2018.

### ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: \_\_\_\_\_

Local do Exame: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas.

**Observação:** A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

**OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.**

Tipo de Deficiência		CID 10 Obrigatório indicar conforme definição															
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <b>acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de</b> 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, <b>exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</b>																
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – <b>perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis</b> (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz; <table border="1"><thead><tr><th>FREQUÊNCIAS:</th><th>500Hz</th><th>1.000Hz</th><th>2.000Hz</th><th>3.000Hz</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ouvido Direito:</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td></tr><tr><td>Ouvido Esquerdo:</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td></tr></tbody></table>	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	
FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz													
Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <b>no melhor olho, com a melhor correção óptica</b> ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <table border="1"><thead><tr><th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th><th>Olho Direito</th><th>Olho Esquerdo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Acuidade Visual:</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>Campo Visual:</td><td>.....°</td><td>.....°</td></tr></tbody></table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:	.....	.....	Campo Visual:	.....°	.....°							
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo															
Acuidade Visual:	.....	.....															
Campo Visual:	.....°	.....°															
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b> – 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: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h																
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</b>																
Assinatura:																	
Carimbo e Registro Profissional																	

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## CONCESSÃO DE PASSE LIVRE MUNICIPAL

Lei nº 3.741/2013 e Decreto XXX.

### RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: \_\_\_\_\_

Local do Exame: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, relatório médico e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

**Observação:**

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

### Relatório Médico e Histórico da Deficiência

--	--

<b>Assinatura:</b>	
<b>Carimbo e Registro Profissional</b>	