

DECRETO Nº 34.949, DE 08/11/2018.

REVOGA O ANEXO II DO DECRETO Nº 33.794 DE 27/02/2018 E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PREFEITO MUNICIPAL DE ARACRUZ, ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS.

DECRETA:

Art. 1º Fica revogado o ANEXO II do Decreto nº 33.794, de 27/02/2018 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.

Parágrafo único. O Anexo II do Decreto nº 33.794, de 27/02/2018 passa a vigorar conforme o estabelecido no ANEXO II constante deste Decreto.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura Municipal de Aracruz, 08 de Novembro de 2018.

JONES CAVAGLIERI
Prefeito Municipal

ANEXO II
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE MUNICIPAL
Lei nº 3.741/2013 e Decreto 34.446, DE 30/07/18.

ATESTADO MÉDICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL – SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data: ____/____/____

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte municipal 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 laudos e 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"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.				
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas freqüências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;				
	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ; 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.				
	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo		
	Acuidade Visual:		
	Campo Visual:°°		
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas , 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"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA				
<input type="checkbox"/>	Doenças Infectocontagiosas: HIV, AIDS, Hepatite Virais e outras patologias elencadas na tabela de CID anexo I. A periodicidade mensal da utilização do passe para tratamento clínico e terapêutico, será laudado pelo Médico CTA/SAE Aracruz, de acordo com §11 do Art.5º, do decreto nº 33.794/2018 .				
Carimbo e Registro Médico					Assinatura:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE MUNICIPAL

Lei nº 3.741/2013 e Decreto 34.446,DE 30/07/18.

RELATÓRIO DO MÉDICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE MUNICIPAL – 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

--	--

Assinatura:	
Carimbo e Registro do Médico	