

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO n. 01/2017

A **FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL - FCEE**, pessoa jurídica de direito público, órgão da administração indireta do Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ sob o n. 83.900.522/0001-77, com sede na Rua Paulino Pedro Hermes, 2785, Bairro Nossa Senhora do Rosário, São José-SC, CEP 88.108-900, de acordo com o seu Estatuto, Decreto n. 3.403 de 15 de julho de 2010, com o art. 4. do Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008, com a Instrução Normativa n. 01/2009 do DETER e Resolução n. 02/2017/FCEE, por intermédio da **DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - DEPE**, da **GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS - GEPCA** e do **Centro de avaliação e encaminhamento - CENAE**, torna público que estão abertas as inscrições para o **CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**, na forma estabelecida por este edital, para integrar o **CADASTRO DAS INSTITUIÇÕES CREDENCIADAS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE GRATUIDADE DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO INTERMUNICIPAL DE PASSAGEIROS E DOS SERVIÇOS DE NAVEGAÇÃO INTERIOR DE TRAVESSIAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SANTA CATARINA - ANO 2017-2022**.

### 1. DO OBJETO

1.1. Este edital tem por objeto o **Credenciamento de Instituições Especializadas no atendimento de pessoas com deficiências e/ou atraso global do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista** em Santa Catarina para integrar o **Cadastro das Instituições autorizadas para Concessão de Benefício de Gratuidade de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros e de Navegação interior de travessias às pessoas com deficiência no Estado de Santa Catarina - Ano 2017-2022**.

1.2 Com a inclusão nominal no Cadastro, as entidades credenciadas serão as únicas autorizadas pela FCEE, no Estado de Santa Catarina, a emitir o **laudo de avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico**, conforme ANEXO 1, consoante a legislação vigente para fins de expedição da Carteira do Passe Livre durante o período de 01 de outubro de 2017 a 30 de setembro de 2022, de acordo com o Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008 e com a Resolução n. 02/2017 da FCEE.

### 2. DOS REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO

2.1. A equipe de *avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico* das Instituições Especializadas credenciadas deverá ser composta por Médico e/ou Equipe

Multidisciplinar formada por: Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e Fonoaudiólogo e um profissional habilitado para operar o Sistema Integrado de Transporte de Passageiros – SITRAP.

**2.2.** O objeto social das instituições especializadas a participarem do credenciamento devem ter como fim o atendimento às **pessoas com deficiências e/ou atraso global do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista elegíveis** de acordo com a Resolução n. 02/2017/FCEE;

**2.3.** As Instituições Especializadas deverão ter Alvará de Funcionamento e Alvará da Vigilância Sanitária.

### **3. DA INSCRIÇÃO**

**3.1.** As Instituições interessadas no credenciamento deverão inscrever-se até 08 (meses) antes do término da vigência do presente edital e, poderão entregar pessoalmente os documentos exigidos abaixo ou enviá-los em envelope lacrado (via SEDEX, AR ou qualquer outro meio com comprovação de envio, com exceção de FAX ou email) para o seguinte endereço:

**FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL**  
**CENTRO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO/SETOR DE PASSE LIVRE**  
**COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO/ REcredENCIAMENTO DO PASSE LIVRE**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO 01-2017

RUA PAULINO PEDRO HERMES, 2785 - BAIRRO NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - SÃO JOSÉ - SC - BRASIL - CEP: 88108-900

**3.2.** Os documentos para credenciamento deverão ser apresentados, preferencialmente, na sequência descrita neste Regulamento em uma única via, sem folhas soltas.

**3.3.** Toda documentação apresentada deverá estar em língua portuguesa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

#### **3.4. Relação de documentos para CREDENCIAMENTO:**

**a)** Fotocópia autenticada do Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, apresentados na forma da lei, acompanhados da ata da eleição de seus administradores ou ato de nomeação;

**b)** Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) com o comprovante de expedição de que a instituição tem mais de 03 (três) anos de funcionamento;

**c)** Fotocópia do Alvará de Funcionamento e Alvará da Vigilância Sanitária atualizados;

**d)** Fotocópia autenticada do Registro ou inscrição do profissional no órgão de classe (Conselho Regional da respectiva categoria profissional) da equipe mínima exigida no

**item 2.1** deste Edital, que formará a equipe de expedição do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico*;

**e)** Fotocópia do Diploma de graduação e do Título de especialista, se houver, da equipe de expedição do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico*;

**f)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do CPF da equipe de expedição do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade do diagnóstico*;

**g)** Fotocópia de documento que comprove o vínculo de trabalho com a Instituição dos profissionais da equipe de expedição do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico*;

**h)** Formulários de Credenciamento - ANEXO 1 e 2 deste Edital preenchidos corretamente, **com as respectivas assinaturas, inclusive da Agência de Desenvolvimento Regional (ADR) da sua região;**

#### **4. DO RECURSO**

**4.1.** Qualquer interessada poderá recorrer da decisão referente à sua inabilitação no âmbito do presente Edital, devendo interpor recurso administrativo endereçado à Comissão de Credenciamento do Passe Livre da FCEE no **item 3.2**.

**4.2.** O recurso deverá ser interposto no prazo de 02 (dois) dias úteis contados do conhecimento da inabilitação por carta com AR, perante o Presidente da Comissão do Passe Livre, que poderá reconsiderar sua decisão.

**4.3.** O resultado do julgamento do recurso eventualmente interposto será comunicado pela Comissão do Passe Livre por carta com AR, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de seu recebimento.

#### **5. DAS CONDIÇÕES PARA FORMALIZAÇÃO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO**

**5.1.** As Instituições aprovadas para o credenciamento, nos termos deste Edital, serão informadas pela FCEE através de comunicação eletrônica, para assinatura do respectivo Acordo de Cooperação que também será encaminhado eletronicamente ou disponibilizado para download no site da FCEE.

**5.2.** O referido Acordo de Cooperação deverá ser assinado pelo(s) representante(s) das Instituições credenciadas **em 02 (duas) vias e encaminhado** para FCEE através do correio de endereçamento postal no endereço constante no **item 3.2**, em 10 (dez) dias úteis do seu recebimento por meio eletrônico, sob pena de ficar impossibilitada de ser credenciada.

## **6. DAS RESPONSABILIDADES DA FUNDAÇÃO**

**6.1.** Cadastrar a Instituição, a equipe técnica e o profissional que atuará no SITRAP e encaminhar as senhas;

**6.2.** Capacitar o profissional para o uso correto do SITRAP;

**6.3.** Receber as carteiras do DETER e encaminhá-las para a Agência de Desenvolvimento Regional (ADR) da sua região.

**6.3.1.** Caberá as Instituições credenciadas realizar a retirada das carteiras de benefício de passe livre intermunicipal na ADR de sua região;

**6.4.** A critério da FUNDAÇÃO poderão ocorrer visitas técnicas para averiguação dos critérios exigidos neste Edital.

## **7. DAS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA/RECRENCIADA**

**7.1.** Cumprir as determinações do Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008 e da Resolução n. 02/2017/FCEE, que dispõe sobre regras e procedimentos para concessão do benefício, bem como as demais orientações realizadas pela **FUNDAÇÃO**;

**7.2.** Enviar para a **FUNDAÇÃO**, até o dia 10 (dez) de cada mês, cópia digitalizada do inventário, dos laudos emitidos, exames e a ficha cadastral do beneficiário com parecer médico para o email: [passelivre@fcee.sc.gov.br](mailto:passelivre@fcee.sc.gov.br).

**7.3.** Atender a todas as pessoas com deficiências e/ou atraso global do desenvolvimento e/ou transtorno do espectro autista que procurarem a Instituição, dentro da área de abrangência de sua ADR, não se restringindo apenas aos seus usuários ou associados e independente de que a deficiência do beneficiário não seja objeto de atendimento da instituição credenciada.

**7.4.** Informar à FUNDAÇÃO qualquer mudança na equipe credenciada, conforme item 2.1 deste Edital.

**7.5.** Operar o SITRAP conforme os passos descritos no Manual que será enviado à Instituição juntamente com as senhas de acesso.

**7.6.** Caberá ao profissional operador do SITRAP:

**7.6.1.** Captar fotos em fundo branco, com qualidade e tamanho adequados, nas impressões/reimpressões das carteiras;

**7.6.2.** Realizar os pedidos de reimpressão obedecendo o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias após o pedido formal por meio do SITRAP, período necessário para os trâmites de impressão e trânsito das carteiras.

**7.6.3.** Nas solicitações de renovação da carteira, obedecer o prazo de 60 (sessenta) dias antes da data prevista para término da utilização do benefício (validade da carteira).

**7.6.4.** Averiguar todos os dados do beneficiário, incluindo os dados do acompanhante, quando houver direito, antes de encaminhar o pedido formal por meio do SITRAP, incubindo à FCEE e ao DETER as medidas cabíveis para advertência da Instituição e possível substituição do operador, em caso de repetidos descumprimentos.

## **8. DA DENÚNCIA E RESCISÃO**

**8.1.** O Acordo de Cooperação poderá ser denunciado e/ou rescindido por quaisquer das partes, a qualquer momento, mediante comunicação escrita, e com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

**8.2.** A exclusivo critério da **FUNDAÇÃO**, caso se verifique o não cumprimento ou cumprimento irregular das obrigações da (re)credenciada.

## **9. DO PRAZO E DA VIGÊNCIA**

**9.1.** O Acordo de Cooperação vigorará até a data máxima de 30 de setembro de 2022 com vigência a contar a partir da data da publicação no DOE.

## **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

**10.1.** A participação no presente Credenciamento/Recredenciamento implica conhecimento, concordância e vinculação, pela interessada, às normas deste Edital e legislações aplicáveis.

**10.2.** A **FUNDAÇÃO** reserva-se o direito de, a qualquer tempo e a seu exclusivo critério, desistir, revogar, adiar ou mesmo anular o presente Credenciamento/Recredenciamento, total ou parcialmente.

**10.3.** A Instituição credenciada será responsável civil e criminalmente pela veracidade do *laudo de avaliação técnica de elegibilidade de diagnóstico* que emitir.

**10.4.** Fica eleito o foro da Comarca de São José/SC, com prevalência sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para apreciação judicial de quaisquer questões resultantes deste edital.

São José/SC, 20 de setembro de 2017.

**ELITON CARLOS VERARDI DUTRA**  
Presidente da Fundação Catarinense de Educação Especial

(ANEXO 1)

**INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL**

REQUERENTE: \_\_\_\_\_

**Observação:** A deficiência e a incapacidade devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência.

**Conforme Decreto 1.792/2008, são elegíveis as pessoas com:**

**1. DEFICIÊNCIA FÍSICA:** pessoas com 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.

- Identifique a patologia de base (primária) por extenso contemplando o CID:

- Identifique a deficiência física por extenso (vide decreto 1.792/2008) contemplando o CID da deficiência física:

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE	SIM	NÃO
-------------------------------	-----	-----

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – CADEIRA DE RODAS**

<b>SEM ASSISTÊNCIA</b>	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (COM SEGURANÇA, SEM ALTERAÇÕES, SEM AJUDA E EM TEMPO RAZOÁVEL)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (USO DE ALGUM DISPOSITIVO DE AJUDA, TEMPO ACIMA DO RAZOÁVEL OU RISCOS DE SEGURANÇA, OU OPERA CADEIRA DE RODAS POR 50 METROS)
<b>COM ASSISTÊNCIA</b>	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (PRESENÇA FÍSICA DE OUTRA PESSOA, SEJA PARA ICENTIVAR OU SUGERIR, SEM CONTATO FÍSICO)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA PRECISO APENAS TOCAR A PESSOA COMO AUXÍLIO PARA A REALIZAÇÃO DA TAREFA, PESSOA EXECUTA 75% DA LOCOMOÇÃO PARA ANDAR 50 METROS)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PRECISO MAIS DO QUE APENAS TOCAR, PESSOA EXECUTA 50 - 74% DA LOCOMOÇÃO PARA ANDAR 50 METROS)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PRECISO TOCAR A PESSOA REALIZANDO GRANDE ESFORÇO DE AUXÍLIO PESSOA EXECUTA 25 - 49% DA LOCOMOÇÃO PARA ANDAR 15 METROS)
1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DA LOCOMOÇÃO OU REQUER 2 PESSOAS OU NÃO ANDA 17 METROS)	

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – MARCHA**

<b>SEM ASSISTÊNCIA</b>	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (COM SEGURANÇA, SEM ALTERAÇÕES, SEM AJUDA E EM TEMPO RAZOÁVEL)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (USO DE ALGUM DISPOSITIVO DE AJUDA, TEMPO ACIMA DO RAZOÁVEL OU RISCOS DE SEGURANÇA)
<b>COM ASSISTÊNCIA</b>	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (PRESENÇA FÍSICA DE OUTRA PESSOA, SEJA PARA ICENTIVAR OU SUGERIR, SEM CONTATO FÍSICO)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (PRECISO APENAS TOCAR A PESSOA COM A AUXÍLIO PARA REALIZAÇÃO DAS TAREFAS, PESSOA EXECUTA 75% DA TAREFA)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PRECISO MAIS DO QUE APENAS TOCAR, PESSOA EXECUTA 50 - 74% DA TAREFA)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PRECISO TOCAR A PESSOA REALIZANDO GRANDE ESFORÇO DE AUXÍLIO PESSOA EXECUTA 25 - 49% DA TAREFA)
1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DA TAREFA)	

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF – MEMBRO SUPERIOR**

<b>SEM ASSISTÊNCIA</b>	7 – INDEPENDENCIA COMPLETA (VESTIR-SE E DESPIR-SE, MANEJAR CAMISAS, ROUPA ÍNTIMA, SAIA, MEIA OU SAPATO, ZÍPER OU BOTÃO, TIRA E COLOCAÓRTESE/PR'TESE – COM DESEMPENHO)
	6 – INDEPENDENCIA MODIFICADA (NECESSITA DE ADAPTAÇÕES (VELCRO) OU DISPOSITIVO DE AJUDA (ÓRTESE E PRÓTESE) OU TEMPO ACIMA DO RAZOÁVEL OU HÁ RISCOS DE SEGURANÇA)
<b>COM ASSISTÊNCIA</b>	<b>DEPENDENCIA MODIFICADA</b>
	5 – SUPERVISÃO (REQUER ALGUÉM AO LADO COM OU SEM ENCORAJAMENTO OU PREPARAÇÃO PARA COLOCAR ÓRTESE E PRÓTESE)
	4 – ASSISTÊNCIA MÍNIMA (PESSOA EXECUTA 75% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE, É PRECISO APENAS TOCAR A PESSOA)
	3 – ASSISTÊNCIA MODERADA (PESSOA EXECUTA 50 - 74% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE, PARA ANDAR 50 METROS)
	<b>COMPLETA DEPENDÊNCIA</b>
	2 – ASSISTÊNCIA MÁXIMA (PESSOA EXECUTA 25 - 49% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE,)
1 – ASSISTÊNCIA TOTAL (PESSOA EXECUTA MENOS DE 25% DA TAREFA, VESTIR-SE E DESPIR-SE)	

**CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL**

Decreto nº 1.792, de 21 de outubro de 2008.

**RELATÓRIO MÉDICO****Observação:****O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE OU PROVISÓRIA LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.****Relatório Médico e Histórico da Deficiência**

--

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

O solicitante do benefício deverá encaminhar ao setor de Passe Livre, devidamente preenchidos pelo médico:

**Inventário devidamente preenchido, com data, assinatura e carimbo médico.****Relatório médico ou atestado, devidamente preenchidos constando o CID da doença de base, CID da deficiência a qual dá direito ao benefício, data, assinatura e carimbo do médico.**

Nos casos de deficiência mental, transtornos invasivos do desenvolvimento e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, será aceito relatório ou atestado psicológico com CID da deficiência a qual dá direito ao benefício. De igual forma, necessário o devido preenchimento do inventário (anexos 3 e 4) com assinatura e carimbo do psicólogo com registro profissional.

## ANEXO 2

### INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

REQUERENTE: \_\_\_\_\_

**Observação:** A deficiência e a incapacidade devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência.

<input type="checkbox"/>	<p><b>2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA:</b> pessoas com deficiência auditiva <b>neuro sensorial moderada, severa ou profunda</b>, conforme a classificação de Davis Silverme (média das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz);  <b>- Anexar audiometria Tonal e Vocal ou exame eletrofisiológico (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico com no máximo seis (6) meses).</b></p>											
<input type="checkbox"/>	<p><b>3. DEFICIÊNCIA VISUAL:</b> pessoas com cegueira, na qual a acuidade visual igual ou menor que 20/200 no <b>melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen).</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DEFICIÊNCIA VISUAL</th> <th style="width: 25%;">Olho Direito</th> <th style="width: 25%;">Olho Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Acuidade Visual:</td> <td style="text-align: center;">.....CID _____</td> <td style="text-align: center;">.....CID _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Campo Visual:</td> <td style="text-align: center;">.....CID _____</td> <td style="text-align: center;">.....CID _____</td> </tr> </tbody> </table>			DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:	.....CID _____	.....CID _____	Campo Visual:	.....CID _____	.....CID _____
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo										
Acuidade Visual:	.....CID _____	.....CID _____										
Campo Visual:	.....CID _____	.....CID _____										
<input type="checkbox"/>	<p><b>4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL MODERADA À PROFUNDA:</b> pessoas com 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: <b>1 - comunicação, 2 - cuidado pessoal, 3 - habilidades sociais, 4 - utilização dos recursos da comunidade, 5 - saúde e segurança, 6 - habilidades acadêmicas, 7 - lazer, 8 - trabalho.</b></p> <p>- Assinale as habilidades adaptativas limitadoras e o respectivo CID correspondente à deficiência.          CID _____    <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4    <input type="checkbox"/> 5    <input type="checkbox"/> 6    <input type="checkbox"/> 7    <input type="checkbox"/> 8</p>											
<input type="checkbox"/>	<p><b>5. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA:                      CID _____</b></p>											
<input type="checkbox"/>	<p><b>6. ATRASO GLOBAL NO DESENVOLVIMENTO:</b> crianças de zero a quatro anos e onze meses de idade.</p>											
<p>Nos termos do Art. 5º A necessidade de acompanhante à pessoa portadora de deficiência, para acesso ao transporte rodoviário intermunicipal de passageiros e aos serviços de navegação interior de travessias, deverá estar expressa no laudo diagnóstico. § 1º A critério da instituição que expedir o laudo diagnóstico, terão necessidade de acompanhante crianças e adolescentes, até 14 (quatorze) anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência mental severa, deficiência mental moderada associada a transtorno psiquiátrico não compensado, transtornos invasivos do desenvolvimento com baixo nível de funcionamento, deficiência física ou múltipla que impossibilite a locomoção com independência.          NECESSITA DE ACOMPANHANTE:    <input type="checkbox"/> Sim                      <input type="checkbox"/> Não</p>												
<p>DATA: ____/____/____</p>		<p>_____          ASINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL</p>										

**CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL**

Decreto nº 1.792, de 21 de outubro de 2008.

**RELATÓRIO MÉDICO**

**Observação:**

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

**Relatório Médico e Histórico da Deficiência**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

O solicitante do benefício deverá encaminhar ao setor de Passe Livre, devidamente preenchidos pelo médico:

**Inventário devidamente preenchido, com data, assinatura e carimbo médico.**

**Relatório médico ou atestado, devidamente preenchidos constando o CID da doença de base, CID da deficiência a qual dá direito ao benefício, data, assinatura e carimbo do médico.**

**NOS CASOS DE DEFICIÊNCIA MENTAL, TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, SERÁ ACEITO RELATÓRIO OU ATESTADO PSICOLÓGICO COM CID DA DEFICIÊNCIA A QUAL DÁ DIREITO AO BENEFÍCIO. DE IGUAL FORMA, NECESSÁRIO O DEVIDO PREENCHIMENTO DO INVENTÁRIO (ANEXOS 3 E 4) COM ASSINATURA E CARIMBO DO PSICÓLOGO COM REGISTRO PROFISSIONAL.**

**ANEXO 3**

**Credenciamento de Instituições para Concessão de Benefício de Gratuidade de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros.**

Conforme Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008 e Instrução Normativa 001/2009 DETER.

<b>1. DADOS DA INSTITUIÇÃO:</b>	1º Credenciamento <input type="checkbox"/>	Renovação <input type="checkbox"/>
CNPJ: _____/_____-_____-_____	Telefone: (____) _____-_____	Celular: (____) _____-_____
Razão Social: _____		
Nome Fantasia: _____		
Inscr. Estadual: _____	Inscr. Municipal: _____	
Rua: _____	Bairro: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: _____	CEP: _____
E-mail: _____		

<b>2. EQUIPE DE AVALIAÇÃO: Anexar cópia da Carteira de Identidade e Carteira do Conselho Profissional</b>	
<b><u>MÉDICO:</u></b>	
Nome: _____ CRM: _____ Estado: _____	
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____	
Rua: _____ Nº: _____	
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Email: _____ <b>Assinatura:</b> _____	
<b><u>FISIOTERAPEUTA E/OU TERAPEUTA OCUPACIONAL:</u></b>	
Nome: _____ CRP: _____ Região _____	
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____	
Rua: _____ Nº: _____	
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	
Email: _____ <b>Assinatura:</b> _____	
<b><u>PSICÓLOGO:</u></b>	
Nome: _____ CR : _____ Região _____	
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____	
Rua: _____ Nº: _____	
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	
<b>Email:</b> _____ <b>Assinatura:</b> _____	
<b><u>FONOAUDIÓLOGO:</u></b>	
Nome: _____ CR : _____	
Região _____	
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____	
Rua: _____ Nº: _____	
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____	
<b>Email:</b> _____ <b>Assinatura:</b> _____	
<b>Presidente da Instituição</b> Assinatura e Carimbo	

<b>3. DESPACHO:</b> Aprovo o credenciamento desta Instituição de Educação Especial, face o Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008, Instrução Normativa 001/2009 do DETER e Resolução n. 002/2017/FCEE.	
Presidente da FCEE	Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão
<b>São José/SC, em _____ de _____ de _____.</b>	

## ANEXO 4

### Cadastro dos responsáveis para atuar no Sistema Integrado de Transporte de Passageiros – SITRAP

Conforme Decreto n. 1.792 de 21 de outubro de 2008, Instrução Normativa 001/2009 do DETER e Resolução n. 002/2017/FCEE

#### Presidente da Instituição

(nome do profissional que irá autorizar a emissão da carteira do Passe Livre)

Nome:	_____	Data Nasc:	____/____/____
Email:	_____		
CPF:	_____._____._____-____		
Cargo:	_____	Tel: (____)	_____-____
Rua:	_____	Bairro:	_____ N°: _____
Município:	_____	Estado:	_____- CEP: _____-____

#### Profissional Responsável que irá atuar no SITRAP

(profissional responsável em cadastrar o beneficiário, o laudo diagnóstico e gerar a carteira de Passe Livre)

Nome:	_____	Data Nasc:	____/____/____
Email:	_____		
CPF:	_____._____._____-____		
Cargo:	_____	Tel: (____)	_____-____
Rua:	_____	Bairro:	_____ N°: _____
Município:	_____	Estado:	_____- CEP: _____-____

**ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E CPF DOS RESPONSÁVEIS**