CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO/CÂMARA: Comunicação, Articulação e Mobilização

DATA: 06/10/2009**PRESENTES**

NOME	ENTIDADE QUE REPRESENTA
Denise Maria Fank de Almeida	CRESS 11º região
Ronan Cesar da Silva	APADEFI
Carla de Souza	SETP/CDI
Ozimara Ferreira de Mello	APAE – Sta. Cecília do Pavão
Jucimeri Silveira	NUCLEAS
Paulo Cesar da Silva	APADEFI

RELATÓRIO**1) Nota Informativa aos Conselhos Municipais de Assistência Social referente ao Decreto Estadual nº 4.742 de 15 de maio de 2009;**

Referente a reunião de 30 de junho sobre o Decreto Estadual nº. 4742/09, em que deliberou-se pela construção de uma Nota técnica aos Conselhos Municipais de Assistência Social, com orientações acerca do cadastro da pessoa com deficiência pela emissão de carteira que assegura transporte gratuito nas linhas comuns do transporte coletivo inter-municipal para pessoas com deficiência comprovadamente carentes. Foram corrigidas algumas questões presentes no formulário de avaliação socioeconômica do indivíduo:

- No item onde o interessado declara a renda mensal per capita avaliamos que não está clara, ou seja, deve-se descrever onde se lê 1,5 salário mínimo nacional- ficando 1,5 + (um e meio).
- Também no modelo da ficha cadastral no item avaliação econômica deve-se rever os valores:

0 à ½ salário mínimo.

½ à 1 salário mínimo.

1 à 1 e ½ salário mínimo.

Acima de 1 e ½ salário mínimo descrever: quanto _____?

- Com relação à declaração por escrito por parte do usuário referente a renda per capita, observamos que a própria ficha cadastral contempla a declaração de renda e vai assinada pelo usuário, não havendo necessidade de outra declaração.
- O grupo sugere, que os municípios elaborem um folder informativo, referente a Lei, para ser divulgado aos usuários e às empresas de transporte.
- **É importante lembrar, que a Minuta de Nota técnica e da ficha cadastral, antes de ser enviada aos municípios, será encaminhada ao Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – COEDE para contribuições e unificação da Nota, em que também irá incluir o modelo de carteira a ser expedido. Posteriormente, após essa unificação, a Nota será enviada aos Conselhos de municipais de Assistência Social e Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. (em anexo, Minuta de Nota Técnica e de ficha cadastral).**

2) Minuta de Nota Técnica- Benefícios Eventuais:

Permanece em processo de elaboração.

3) Plano Estadual de Capacitação:

Foram repassadas as seguintes informações:

- Será agendada reunião com 4 coordenadores pedagógicos.
- A 1ª parcela do recurso para a execução do plano de capacitação será repassada este ano.
- Parte da carga horária da supervisão pedagógica será realizada também para os técnicos dos Escritórios Regionais da SETP, sendo que inicialmente, seria direcionada apenas para os Assistentes Sociais dos Municípios.

Anexo I

Minuta Nota Técnica aos Conselhos Municipais de Assistência Social

Referente à reunião de 30 de junho

Em decorrência da emissão do Decreto Estadual nº 4742/09, que assegura o transporte gratuito nas linhas comuns do transporte coletivo intermunicipal para as pessoas com deficiência, comprovadamente carentes e que, regulamenta a Lei nº 11.911/97 no qual dispõe acerca do transporte intermunicipal às pessoas com deficiência, quando estiverem se submetendo a processo de reabilitação e/ou de capacitação profissional, o Conselho Estadual de Assistência Social, vem por meio desta recomendar procedimentos, fluxos e articulações que deverão ser adotados pelos Conselhos Municipais para efetivação do referido Decreto.

Para a expedição da carteira que isenta o uso do transporte intermunicipal, o Decreto coloca em seu artigo 3º que essa concessão deverá ser realizada mediante expedição de uma carteira específica pelos Conselhos Municipais de Assistência Social ou pelos Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Contudo, para essa expedição, será necessário de acordo com o artigo 4º, “I: requerimento em formulário dirigido ao Conselho ou entidade pelo interessado, procurado ou representante legal (pai, mãe, tutor ou curador)”; “II: laudo de avaliação fornecido por profissional habilitado do Sistema Único de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde ou do município, com identificação, informação sobre a deficiência ou patologia, informação sobre a necessidade de acompanhante e de eventual nova avaliação”; “III – declaração de carência de recursos financeiros pelo interessado, procurador ou representante legal, no sentido da renda mensal *per capita* ser igual ou inferior a 1,5 salário (um salário mínimo e meio nacional), juntando comprovante de rendimentos e avaliação socioeconômica fornecida pelo serviço social do município de domicílio”.

As informações que devem constar nessa carteira, são: “dados de identificação e foto do portador; informação sobre a deficiência; necessidade ou não de acompanhante, data de expedição e data de validade”.

Por conta de incongruências presentes nesse Decreto Estadual, O CEAS solicitou aos órgãos públicos competentes (Secretaria de Estado de Saúde e

Secretaria de Estado do Transporte) mencionados no Decreto, informação sobre os encaminhamentos efetuados e discussões sobre essa temática.

Entende-se que as atribuições do Conselho Municipal de Assistência Social não são voltadas à execução de serviços, bem como emissão dessas carteiras. Porém, deve-se dar continuidade ao que foi estabelecido no Decreto supracitado para a garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência.

Em anexo, segue um modelo de ficha técnica de cadastramento das pessoas com deficiência (Anexo I) e um padrão de carteira a ser adotada pelos respectivos Conselhos Municipais.

Anexo II

Minuta de FICHA CADASTRAL

DADOS PESSOAIS	
NOME:	_____
IDENTIDADE:	_____ NASCIMENTO: _____
SEXO: Feminino () Masculino ()	CPF: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	_____
BAIRRO:	_____
MUNICÍPIO:	_____ CEP: _____
TELEFONE PARA CONTATO:()	_____ CELULAR:() _____
AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	
☐ 0 à ½ salário mínimo. ☐ ½ à 1 salário mínimo. ☐ 1 à 1 e ½ salário mínimo. ☐ Acima de 1 e ½ Especifique: _____	
DEFICIÊNCIA	
☐ FÍSICA ☐ AUDITIVA ☐ VISUAL ☐ INTELECTUAL ☐ OUTROS QUAL? _____	
☐ NECESSITA DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ACESSIBILIDADE? ☐ Sim ☐ Não ESPECIFIQUE: _____	
☐ HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE? ☐ Sim ☐ Não	
TRATAMENTOS DE SAÚDE	
☐ Insuficiência Renal Crônica ☐ Câncer ☐ Tratamento psiquiátrico ☐ HIV ☐ Mucoviscidose ☐ Hemofilia ☐ Esclerose múltipla	
DADOS DO ACOMPANHANTE	
NOME: _____	

IDENTIDADE: _____ NASCIMENTO: _____
SEXO: Feminino () Masculino () CPF: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
BAIRRO: _____
MUNICÍPIO: _____ CEP: _____
TELEFONE PARA CONTATO:() _____ CELULAR:() _____

DECLARAÇÃO:

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da Lei Civil e Criminal, que as informações prestadas são verídicas. E, solicito a emissão da carteira de isenção de transporte intermunicipal conforme disposto no Decreto Estadual nº 4742/2009.

Curitiba, ____/____/____

Assinatura