

## **Nota Técnica aos Conselhos Municipais de Assistência Social e aos órgãos gestores da Política de Assistência Social**

Em decorrência da emissão do Decreto Estadual nº 4742/09, e da alteração do mesmo culminando no Decreto Estadual nº 6179/10, que assegura o transporte gratuito nas linhas comuns do transporte coletivo intermunicipal para as pessoas com deficiência, cuja renda per capita esteja de acordo com o previsto e que, regulamenta a Lei nº 11.911/97 no qual dispõe acerca do transporte intermunicipal às pessoas com deficiência, o Conselho Estadual de Assistência Social, vem por meio desta recomendar procedimentos, fluxos e articulações que deverão ser adotados pelos Conselhos Municipais e órgão gestores da política de assistência social para efetivação do referido Decreto.

Para a expedição da carteira que isenta o uso do transporte intermunicipal, o Decreto nº 4742/09 colocava em seu artigo 3º que essa concessão deveria 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, seria 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”.

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. Portanto, através das reuniões realizadas com os órgãos supracitados definiu-se a alteração do Decreto Estadual nº4742/09 culminando no Decreto Estadual nº6179/10, o qual realizou as devidas mudanças nos Art.3º, Art.6º e Art.7º do antigo Decreto.

Dessa maneira, o reordenamento do fluxo estabeleceu-se da seguinte forma: o interessado que desejar requerer a carteira deverá comparecer ao órgão gestor da política de assistência social de seu município para a realização da avaliação sócio-econômica, devendo apresentar cópia do RG, CPF e comprovante de residência. O órgão responsável por esse primeiro atendimento, deverá encaminhar o requerente formalmente às Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>.

Na Unidade de Saúde, o interessado realizará avaliação médica com objetivo de comprovar a deficiência ou o tratamento de saúde através do Código Internacional de Doenças - CID. Estando com todas essas documentações em mãos, o requerente preencherá a solicitação que estará disponível no site da CODIC ([www.codic.pr.gov.br](http://www.codic.pr.gov.br))<sup>2</sup> e o próprio, encaminhará todos esses documentos à Secretaria de Estado da Justiça - SEJU (Palácio das Araucárias - Rua Jacy Loureiro de Campos, s/nº- 4º andar - CEP. 80.915-010 - Curitiba/Pr. ).

Todos os procedimentos citados acima devem ser realizados anualmente para a renovação da carteira. Apenas nos casos de deficiência aparente fica dispensada a renovação do laudo médico.

O Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – COEDE, analisará as documentações enviadas e encaminhará à Secretaria de Estado dos Transportes para a confecção da carteira e esse órgão, enviará diretamente ao endereço de domicílio do interessado.

- 
- 1 Recomenda-se que, ao realizar a avaliação socioeconômica o(a) profissional, inclua os dados do requerente no Cadastro Único, possibilitando a interface com as demais políticas públicas, bem como promova a inserção dos mesmos nos programas, projetos, serviços e benefícios da política de assistência social, com o devido acompanhamento.
  - 2 Caso o interessado não possua condições de acesso à internet, o órgão gestor da política de assistência social do município poderá retirar do referido endereço eletrônico o requerimento para o seu devido preenchimento.

**SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO,  
EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL – SETP**  
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/PR



Em anexo, segue um modelo de ficha cadastral de cadastramento das pessoas com deficiência (Anexo I) a ser preenchido pelo órgão gestor municipal da política de assistência social.

**ANEXO I**

**FICHA CADASTRAL**

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_  
IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_  
SEXO: Feminino ( ) Masculino ( ) CPF: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE PARA CONTATO:( ) \_\_\_\_\_ CELULAR:( ) \_\_\_\_\_

**DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS**

( ) 0 à ½ salário mínimo (*per capita*).  
( ) ½ à 1 salário mínimo (*per capita*).  
( ) 1 à 1 e ½ salário mínimo (*per capita*).

( ) Acima de 1 e ½ (*per capita*).

Especifique: \_\_\_\_\_

**DEFICIÊNCIA**

( ) FÍSICA  
( ) AUDITIVA  
( ) VISUAL  
( ) INTELECTUAL  
( ) OUTROS

Especifique: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTOS DE SAÚDE**

( ) Insuficiência Renal Crônica, e em TRS (terapia renal substitutiva)  
( ) Câncer, em tratamento de quimioterapia e radioterapia  
( ) Transtornos mentais graves, em tratamento continuado  
( ) Portadores de HIV, em tratamento continuado em serviço/dia  
( ) Mucoviscidose, em tratamento  
( ) Hemofilia, em tratamento  
( ) Esclerose múltipla, em tratamento

**( ) HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE?**

( ) Sim ( ) Não

Justifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

