

## **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.

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	
<input type="checkbox"/> 0 à ½ salário mínimo. <input type="checkbox"/> ½ à 1 salário mínimo. <input type="checkbox"/> 1 à 1 e ½ salário mínimo. <input type="checkbox"/> Acima de 1 e ½ Especifique: _____	
DEFICIÊNCIA	
<input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> INTELECTUAL <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL? _____	
<input type="checkbox"/> <b>NECESSITA DE CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ACESSIBILIDADE?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
ESPECIFIQUE: _____	
<input type="checkbox"/> <b>HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
TRATAMENTOS DE SAÚDE	
<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Tratamento psiquiátrico <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> 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**