

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA

1) ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA

- a) Preenchimento exclusivo por um médico com credenciamento ativo no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco – CREMEPE e no S.U.S.
b) O preenchimento deverá ser feito com caneta esferográfica na cor preta ou azul;
c) Deverá ser preenchida com letras legíveis (Art. 11 do Código de Ética Médica CEM);
d) Não deverá conter rasuras;
e) Obrigatório o preenchimento de todos os campos com (*).

2) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE*

NOME* _____
CPF* _____ RG _____ DATA DE NASCIMENTO* _____

3) IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CREDENCIADA NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES

NOME* _____
CNES* _____ CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE _____

4) TRATAMENTOS E AGENDAMENTOS:

DESCRIÇÃO: _____ AGENDAMENTO: DIA DA SEMANA _____ HORÁRIO: _____
SEG _____ TER _____ QUA _____ QUI _____ SEX _____ DAS _____ AS _____
SEG _____ TER _____ QUA _____ QUI _____ SEX _____ DAS _____ AS _____
SEG _____ TER _____ QUA _____ QUI _____ SEX _____ DAS _____ AS _____

5) O PACIENTE ATUALMENTE FAZ USO DE CADEIRAS DE RODAS?*

Não Sim (Se sim, marque uma das seguintes opções: Parcial Total

6) QUAL A CONDIÇÃO ATUAL DO COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE DO CANDIDATO?*

Progressiva Permanente Temporária Necessidade de nova avaliação médica em: Mês(es) Dia(s)

7) FATORES QUE ASSOCIADOS À DEFICIÊNCIA FÍSICA, AGRAVAM A CONDIÇÃO DE LOCOMOÇÃO*

Agitação Agressividade Baixa Visão Cegueira Legal Outros. _____

8) DIAGNÓSTICO PRINCIPAL*

CID(S): _____

*Descrever diagnóstico

CONDIÇÃO PARA ELEGIBILIDADE

LEI ESTADUAL 14.218/10 – CRIA O PROGRAMA PERNAMBUCO CONDUZ

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Poder Executivo Estadual, o Programa Pernambuco Conduz, que tem por objetivo disponibilizar, no Estado de Pernambuco, transporte porta a porta gratuito às pessoas com **deficiência física, com severa dificuldade de locomoção**.

Art. 2º Pode ser usuário do Programa ora instituído a pessoa com **deficiência física, com severa dificuldade de locomoção, que: I - não apresentar condições de mobilidade e de acessibilidade autônoma aos meios de transportes coletivos já existentes.**

IV- comprovar a necessidade do uso do serviço para atividades contínuas de tratamento de saúde e/ou de educação, de segunda a sexta-feira, a locais credenciados, nos termos estabelecidos no regulamento de que trata o art. 8º desta Lei, restritos a escolas, universidades, estabelecimentos de tratamento e reabilitação em unidades de referência e clínicas.

8) Prezado médico, o referido paciente se enquadra nos critérios estabelecidos dos art. 1º e 2º da Lei 14.218/10 conforme sua avaliação médica prescrita nesta ficha?*

DEFERIDO INDEFERIDO

9) IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO*

NOME: _____

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas nesta ficha, sob as penas da Lei.

Assinatura do Médico

Carimbo do Médico com CRM legível

Data do Atendimento:* / /

10) AUTORIZAÇÃO DO CANDIDATO

Autorizo a divulgação de informações médicas a meu respeito contidas nesta ficha com a finalidade de inscrição no Programa Pernambuco Conduz.

Assinatura do candidato ou de seu representante legal

