

Mensagem nº. 001/08

Projeto de Lei nº.

*Exmo. Senhor Presidente,
Dignos Pares;*

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº. 7.853 de 24 de Outubro de 1.989, que estabelece apoio às pessoas com deficiência, na sua integração social e a tutela jurisdicional de interesses coletivos, regulamentada pelo Decreto nº. 3.298, de 20 de Dezembro de 1.999;

CONSIDERANDO o disposto na Lei Federal nº. 10.048 de 08 de Novembro de 2.000 e a 10.098 19 de Dezembro de 2.000, que estabelece prioridade no atendimento às pessoas que especifica e estabelece normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, regulamenta pelo Decreto Federal nº. 5.296 de 02 de Dezembro de 2.004;

CONSIDERANDO que a isenção tarifaria, tem por objetivo oferecer melhores condições para a integração social das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, incentivando-as a evitar o isolamento e a se locomoverem em busca de atividades que possam enriquecer a sua existência, facilitando, inclusive, a busca pela reabilitação, de forma a cooperar, o quanto possível, para que continuem a produzir e participar das atividades na sociedade;

CONSIDERANDO, finalmente, que é necessário estabelecer critérios técnicos e operacionais, bem como definir responsabilidades referente à concessão de isenção do pagamento de tarifas do transportes às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Diante do exposto acima, é que apresento para deliberação do Douto Plenário o referido projeto de lei e conto com a participação dos demais Membros para aprovarem comigo.

São Sebastião, 05 de agosto de 2008.

José Cardim de Souza
VEREADOR

PROJETO DE LEI Nº 34 /2008

“Dispõe sobre a concessão do passe livre referente à isenção do pagamento de tarifas de transportes coletivos urbano concedido às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e da outras providências”.

A CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais:

DECRETA:

Art. 1º - Disciplinar e estabelecer procedimentos para concessão de isenção do pagamento de tarifas do transporte público coletivo regular no município, às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Art. 2º - Para fazer jus ao benefício são consideradas as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida as que se enquadrarem na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - Tabela CID 10, conforme a Tabela do Anexo I, desta Lei que autoriza a emissão do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida.

Art. 3º - A isenção do pagamento de tarifa de que trata esta Lei, será concedida nas linhas de ônibus operada pela concessionária do serviço de transporte público coletivo regular no município.

Art. 4º - O Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, poderá se obtido, mediante o atendimento e o credenciamento na Secretaria Municipal de Saúde, através do Centro de Reabilitação, indicado pela Prefeitura Municipal, e o beneficiário ou seu representante legal, deverá apresentar os seguintes documentos original e cópia simples:

- a) *Laudo Médico conclusivo, emitido pela Rede Pública de Saúde;*
- b) *Cédula de Identidade;*
- c) *Certidão de Nascimento (se menor);*
- d) *Certidão de Interdição (se interditado);*
- e) *Carteira de Trabalho (obrigatório), salvo quando o beneficiário for interditado, aposentado ou menor de 16 (dezesseis) anos;*
- f) *Cartão do PIS/PASEP (obrigatório);*
- g) *Carta ou Declaração de Concessão do Benefício do INSS (se beneficiário);*
- h) *02 (duas) fotos 3x4 recentes;*
- i) *Comprovante de residência do Município em nome do beneficiário, ou dos ascendentes, descendentes e colaterais, tutores, curadores ou procurador legal: (Conta de Luz, Água, IPTU);*
- j) *Titulo de Eleitor do Município, salvo quando o beneficiário for interditado ou menor;*
- k) *Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida anterior, no caso de renovação (obrigatório).*

Parágrafo Único: *Quem apresentar documentos ou fizer declarações falsa, sofrerá as penalidades da Lei, será tomada todas as medidas judiciais cabíveis, conforme previsto no Código Civil e Penal.*

Art. 5º - *Do Laudo Medico a ser apresentado, para solicitação do benefício da isenção tarifária que trata a presente Lei, deverá constar, de forma legível, no mínimo as seguintes informações:*

I - *dados de identificação da Unidade de Saúde, com endereço e o número do telefone;*

II - *dados de identificação do usuário;*

III - *informações sobre a deficiência ou limitações funcionais apresentadas;*

IV - *diagnóstico compatível codificado em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - Tabela CID 10, conforme a Tabela do Anexo I;*

V - *assinatura e carimbo do médico emitente, com o respectivo número do registro no CRM.*

Parágrafo Único: O Laudo Médico terá validade de 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão.

Art. 6º - No caso de **Deficiência Auditiva**, para os alunos matriculados ou que freqüentam escolas especiais para deficientes auditivos, será fornecido o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, mediante a apresentação do comprovante de matrícula e de freqüência regular, devidamente comprovado por meio do exame audiométrico.

Art. 7º - Para os demais **Deficientes Auditivo** serão fornecido o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, somente nos casos de deficiência auditiva severa e profunda de acordo com a classificação do Bureau Internacional d'Audiophonologie - BIAP (acima de 70 decibéis) comprovado por meio de exame de Audiometria.

Parágrafo Único: Os Centros de Tratamentos Especializados Municipal, direcionadas às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, poderão ter procedimentos próprios e efetuar o Cadastramento e enviar ao Centro de Reabilitação, indicado pela Prefeitura Municipal, onde passará por uma avaliação do Médico do Trabalho.

Art. 8º - No caso de **Deficiência Visual**, Laudo Médico com Acuidade Visual (A/V), com perda mínima de 80% da visão bilateral com a melhor correção, ou nos casos do Campo Visual Tubular, a capimetria constando perda bilateral com ângulo de 5-10º.

Art. 9º - Os Laudos Médicos originais serão retidos no Centro de Reabilitação e ficarão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que deverá guardá-los em arquivo com as demais documentações solicitadas.

Parágrafo Único: O profissional de Saúde que atenderá as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, no Centro de Reabilitação indicada pela Prefeitura Municipal, e que emitirá a autorização para a liberação do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, será de exclusiva competência do Médico do Trabalho.

Art. 10 - A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, será o órgão responsável pelo credenciamento, renovação,

descredenciamento, emissão e fiscalização do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida.

Parágrafo Único: *A cada novo credenciamento, renovação ou descredenciamento, a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, deverá informar as alterações à empresa de ônibus concessionária do serviço de transporte público coletivo regular no município.*

Art. 11 - *Verificada a necessidade e conveniência, a Prefeitura Municipal, poderá firmar convênio com entidade do município, com ampla representatividade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, para o atendimento, credenciamento, renovação, descredenciamento, fiscalização e emissão do cartão ou credencial de identificação e do Termo de Responsabilidade.*

Parágrafo Único: *O credenciamento deverá se dar por meio da assinatura do Termo de Responsabilidade, conforme o Anexo III desta Lei, no qual constarão as regras, procedimentos operacionais e responsabilidades, bem como o padrão de Laudo Médico conclusivo a ser emitido, pelo Médico do trabalho, modelo que será estabelecido Pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde.*

Art. 12 - *Nos casos necessários, o profissional Médico do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, através do Centro de Reabilitação poderá solicitar exames complementares e/ou encaminhar o solicitante a especialista para a obtenção de maiores subsídios à emissão do laudo.*

Art. 13 - *A legitimidade dos laudos médicos e dos documentos apresentados pelo beneficiário ou seu representante legal poderá ser verificada a qualquer tempo, por iniciativa da Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde.*

Art. 14 - *Caso seja verificado a emissão de Laudos Médicos irregulares, fora do padrão estabelecido e não condizentes com as condições de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, terá autonomia de interpelar diretamente a Unidade de Saúde emissora, implantar as correções necessárias ou solicitar as apurações dos fatos, inclusive de medidas judiciais cabíveis.*

Art. 15 - A liberação do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, será elaborada pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, sem qualquer ônus ao beneficiário ou seu representante legal, exceto nos casos de perda, extravio, furto e/ou roubo.

Art. 16 - A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, definirá a forma, modelo, cor, material, linhas de segurança e dimensões do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida.

Art. 17 - No Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, deverá conter foto, número do cadastro, data de expedição, período de validade, se com acompanhante e endereço.

Art. 18 - O prazo de validade da concessão do benefício é de 01 (um) ano, e o beneficiário ou seu representante legal, poderá solicitar a renovação 30 (trinta) dias antes do vencimento do prazo de validade.

Parágrafo Único: Nos casos em que as condições da deficiência ou mobilidade reduzida forem consideradas temporárias, o período de utilização do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, será de 03 (três) meses, podendo ser prorrogado por período de tempo estabelecido em novo Laudo Médico, porém não superior a 06 (seis) meses.

Art. 19 - Os pedidos de renovação da concessão do benefício poderão ser requeridos a partir de 30 (trinta) dias que antecederem o vencimento, devendo ser apresentado os documentos citados no Artigo 4º.

Art. 20 - Para a emissão de 2º via do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, somente ocorrerá na assinatura do Termo de Responsabilidade, observando-se o prazo de validade e as sanções civis e penais decorrentes de eventuais declarações falsas, sendo que no caso de perda, extravio, roubo ou furto será necessário a apresentação do Boletim de Ocorrência Policial.

Art. 21 - A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, expedirá o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, no prazo de 30

(trinta) dias, após o recebimento e análise da documentação do requerente e da efetivação do respectivo cadastro.

Art. 22 - *Havendo necessidade de complementações das informações apresentadas, a Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde deverá solicitar ao requerente ou ao seu representante legal, sendo que a emissão do respectivo Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, ficará condicionada ao atendimento da solicitação.*

Art. 23 - *A concessão de isenção de que trata esta Lei, será estendido a um acompanhante, conforme definido na Tabela do Anexo I desta Lei.*

Art. 24 - *O acompanhante somente poderá utilizar o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, na presença do titular do benefício.*

Art. 25 - *Todas as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, menores de 12 (doze) anos de idade, tem direito à acompanhante.*

Art. 26 - *A gratuidade poderá ser estendida á um acompanhante das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, maior de 65 (sessenta e cinco) anos.*

Art. 27 - *A gratuidade do transporte é concedida ao titular do benefício, de forma nominal e intransferível, sendo vedado o uso por terceiros, a qualquer título.*

Art. 28 - *São vedadas à acumulação de benefício com outras vantagens relativas ao Passe Livre, as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.*

Parágrafo Único: *As Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida que se utiliza do Benefício do Vale Transporte, conforme a Lei Federal nº. 7.418/85, que Institui o Vale Transporte e o Decreto Federal nº. 95.247/87, que Institui o Regulamento do Vale Transporte, não poderão fazer jus ao Benefício do Passe Livre.*

Art. 29 - *A empresa de ônibus concessionária do serviço de transporte público coletivo regular no município deverá aceitar o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, dispensando-os do pagamento de tarifas em seus serviços.*

Art. 30 - Para ter direito a gratuidade prevista nesta Lei, o beneficiário deverá portar obrigatoriamente o Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, exibindo-a quando solicitado pelo agente da concessionária do serviço de transporte público coletivo regular no município.

Art. 31 - Caberá a Prefeitura Municipal programar mecanismo de controle e acompanhamento da utilização do benefício de isenção tarifária de que trata esta Lei, identificando eventuais utilizações indevidas ou abusivas, visando evitar prejuízos ao erário público.

§ 1º. A constatação de uso indevido ou utilização abusiva sujeitará ao beneficiário a suspensão do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação, e à convocação para esclarecimento, advertência por escrito, e eventualmente, a suspensão do benefício, conforme previsto no Anexo II desta Lei.

§ 2º. Entende-se por utilização indevida aquela realizada por qualquer pessoa que não o beneficiário do Cartão Magnético ou Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, cuja posse tenha ocorrido por cessão, empréstimo, venda, ou qualquer outra forma de permissão de uso do mencionado cartão ou credencial por terceiros.

§ 3º. Entende-se por utilização abusiva aquela que realizada pelo beneficiário, de forma indiscriminada e excessiva, desvirtuando a finalidade a que se destina a concessão da gratuidade.

Art. 32 - Caberá à Prefeitura Municipal, implantar medidas de fiscalização do uso do benefício no transporte público coletivo municipal, regular no município.

Art. 33 - A Prefeitura Municipal, através Secretaria Municipal de Saúde deverá elaborar os procedimentos necessários para a efetivação das medidas previstas na presente Lei.

Art. 34 - As despesas decorrentes da presente lei correrão por conta de dotação orçamentárias próprias.

Art. 35 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação

Art. 36 - Ficam revogadas disposições em contrário em especial a Lei Municipal n.º 1.789/05.

São Sebastião, 05 de Agosto de 2008.

*José Cardim de Souza
"Cardim"
Vereador*

ANEXO I

Tabela de Códigos da CID – 10			
Código	Diagnósticos	Observações/Ressalvas	Acompanhante
Doenças orgânicas			
B20. 0	<i>Doença pelo HIV resultando em infecções micro bacteriana (resultado em tuberculose)</i>		Não
B20. 1	<i>Doença pelo HIV resultando em outras infecções bacterianas</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B20. 2	<i>Doença pelo HIV resultando em doença citomegálica</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não Sim , somente nos casos com amaurose bilateral ou grave deficiência visual
B20. 3	<i>Doença pelo HIV resultando em outras infecções virais</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B 59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B20. 4	<i>Doença pelo HIV resultando em candidíase</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B39 e B45.1</i>	Não
B20. 5	<i>Doença pelo HIV resultado em outras micoses</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; B39 e B45.1.</i>	Não Sim , somente com seguela neurológica grave
B20. 6	<i>Doença pelo HIV resultando em pneumonia por Pneumocystis carinii</i>		Não
B20. 7	<i>Doença pelo HIV resultando em infecções múltiplas</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Sim
B20. 8	<i>Doença pelo HIV resultando em outras</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15</i>	Não

	<i>doenças infecciosas e parasitárias</i>	<i>até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	
B20. 9	<i>Doença pelo HIV resultando em doenças infecciosas ou parasitárias não especificadas</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B21. 0	<i>Doença pelo HIV resultando em sarcoma de Kaposi</i>		Não
B21. 1	<i>Doença pelo HIV resultando em linfoma de Burkitt</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B21. 2	<i>Doença pelo HIV resultando em outros tipos de linfoma não - Hodgkin</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B21. 3	<i>Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas dos tecidos linfáticos, hematopoiético e correlatos.</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B21. 7	<i>Doença pelo HIV resultando em múltiplas neoplasias malignas</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Sim
B21. 8	<i>Doença pelo HIV resultando em outras neoplasias malignas</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Sim
B21. 9	<i>Doença pelo HIV resultando em neoplasia maligna não especificada</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Sim
B22. 0	<i>Doença pelo HIV resultando em encefalopatia (Demência pelo HIV)</i>		Sim
B22. 1	<i>Doença pelo HIV resultando em pneumonite intersticial linfática</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B22. 2	<i>Doença pelo HIV resultando em síndrome de emaciação</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Não
B22. 7	<i>Doença pelo HIV resultando em doenças múltiplas classificadas em outra parte</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.</i>	Sim
B23. 0	<i>Síndrome de infecção aguda pelo HIV</i>	<i>Somente com doença oportunista: A15</i>	Não

		até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.	
B23. 1	Doença pelo HIV resultando em linfadenopatias generalizadas (persistentes)	Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.	Não
B23. 2	Doença pelo HIV resultando em anomalias hematológicas e imunológicas não classificadas em outra parte	Somente com doença oportunista: A15 até A19; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46.	Não
B23. 8	Doença pelo HIV resultando em outras afecções especificadas		Não
B24	Doença pelo Vírus da Imuno Deficiência Humana (HIV) não especificada	Somente com doença oportunista: A15 até A19; A52.1; A52.2; A52.3; B58 e B59; J13 até J18; e J65; C46; G63.0; B33.3 - somente no caso de infecção por HTLV I/II, que possa levar à déficit de locomoção.	Não Sim , quando houver comprometimento de deambulação
Algumas doenças infecciosas e parasitárias			
B91	Seqüela de Poliomielite		Não Sim , se for bilateral de membros inferiores
B92	Seqüela de Hanseníase	Somente com deformidade nos membros	Não
C00 á C97	Neoplasias (Tumores) Malignas (os)	Somente em tratamento de quimioterapia ou radioterapia ou cobalto terapia	Sim
Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas			
E23. 0	Hipopituitarismo (nanismo)		Não
E34. 3	Nanismo não classificado em outra parte		Não
Transtornos Mentais e Comportamentais			
F00	Demência na doença de Alzheimer	Com importante comprometimento cognitivo e da independência	Sim
F01	Demência Vascular	Com importante comprometimento cognitivo e da independência	Sim
F02. 3	Demência na doença de Parkinson	Com importante comprometimento cognitivo e da independência	Sim
F04	Síndrome amnésica orgânica não induzida	Com importante comprometimento	Sim

	<i>pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas</i>	<i>cognitivo e da independência</i>	
F06	<i>Outros transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e doença física</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F07	<i>Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e disfunção cerebral.</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F19	<i>Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F20	<i>Esquizofrenia</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F21	<i>Transtorno esquizotípico</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F24	<i>Transtorno delirante induzido</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F25	<i>Transtornos esquizoafetivos</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Não
F28	<i>Outros transtornos psicóticos não-orgânicos</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F29	<i>Psicose não orgânica não especificada</i>	<i>Com importante comprometimento cognitivo e da independência</i>	Sim
F70	<i>Retardo Mental Leve</i>	<i>Na fase adulta, com avaliação psicológica</i>	Sim
F71	<i>Retardo Mental Moderado</i>		Sim
F72	<i>Retardo Mental Grave</i>		Sim
F73	<i>Retardo Mental Profundo</i>		Sim
F79	<i>Retardo mental não especificado</i>		Sim
F83	<i>Transtornos específicos mistos do desenvolvimento</i>		Sim
F84	<i>Transtornos globais do desenvolvimento</i>		Sim
F90	<i>Transtornos Hipercinéticos</i>		Sim
Doenças do Sistema Nervoso			
G04	<i>Encefalite, mielite e encefalomielite.</i>		Sim
G09	<i>Seqüelas de doenças inflamatórias do</i>	<i>Somente com limitação motora ou</i>	Sim

	<i>sistema nervoso central</i>	<i>congnitiva</i>	
G10	<i>Doença de Huntington</i>		Sim
G11	<i>Ataxia hereditária</i>		Sim
G12	<i>Atrofia muscular espinal e síndromes correlatas</i>		Sim
G20	<i>Doença de Parkinson</i>		Sim
G21	<i>Parkinsonismo adquirido</i>		Sim
G25. 4	<i>Coréia induzida por droga</i>		Sim
G25. 5	<i>Outras formas de Coréia</i>		Sim
G25. 8	<i>Outras doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos, especificados.</i>		Sim
G25. 9	<i>Doenças extras piramidais e transtornos dos movimentos, não especificados.</i>		Sim
G30	<i>Doença de Alzheimer</i>		Sim
G31	<i>Outras doenças degenerativas do sistema nervoso, não classificadas e outra parte.</i>		Sim
G35	<i>Esclerose múltipla</i>		Sim
G36	<i>Outras desmielinizações disseminadas agudas</i>		Sim
G37	<i>Outras desmielinizantes do sistema nervoso central</i>		Sim
G46	<i>Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares</i>	<i>Com repercussão Motora</i>	Sim
G54	<i>Transtornos das raízes e dos plexos nervosos</i>		Não Sim, se for bilateral
G55. 0	<i>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em doenças neoplásicas</i>	<i>Com repercussão Motora</i>	Não
G55. 1	<i>Compressões das raízes e dos plexos nervosos em transtornos dos discos intervertebrais</i>	<i>Com repercussão Motora</i>	Não
G55. 2	<i>Compressões das raízes e dos plexos nervosos na espondilose</i>	<i>Com repercussão Motora</i>	Não
G60	<i>Neuropatia Hereditária e Idiopática</i>	<i>Eletroneuromiografia</i>	Sim
G61	<i>Polineuropatia Inflamatória</i>	<i>Eletroneuromiografia</i>	Sim

G62	<i>Outras polineuropatias</i>	<i>Eletroneuromiografia</i>	<i>Sim</i>
G63	<i>Polineuropatias em doenças classificadas em outra parte</i>	<i>Eletroneuromiografia</i>	<i>Sim</i>
G70	<i>Miastenias Gravis e outros transtornos neuromusculares</i>		<i>Sim</i>
G71	<i>Transtornos primários dos músculos</i>		<i>Sim</i>
G80	<i>Paralisia cerebral</i>		<i>Sim</i>
G81	<i>Hemiplegia</i>		<i>Sim</i>
G82	<i>Paraplegia e tetraplegia</i>		<i>Sim</i>
G83	<i>Outras síndromes paralíticas</i>		<i>Sim</i>
G90	<i>Transtornos do sistema nervoso autônomo</i>		<i>Sim</i>
G91	<i>Hidrocefalia</i>		<i>Sim</i>
G92	<i>Encefalopatia Tóxica</i>	<i>Remeter as causas externas T36 à T50 - Somente com seqüela motora ou congnitiva</i>	<i>Sim</i>
G93. 1	<i>Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte.</i>		<i>Sim</i>
G93. 4	<i>Encefalopatia não especificada</i>		<i>Sim</i>
<i>Doenças do Olho e Anexos/Doenças dos Ouvidos e das Apófises Mastóides</i>			
H53.4	<i>Defeitos do Campo Visual</i>	<i>Com Ângulo até 5-10°</i>	<i>Sim</i>
H54.0	<i>Cegueira, ambos os olhos.</i>		<i>Sim</i>
H54. 1	<i>Cegueira em um olho e visão subnormal em outro</i>	<i>Quem não melhora com correção</i>	<i>Sim</i>
H54. 2	<i>Visão subnormal de ambos os olhos</i>	<i>Quem não melhora com correção</i>	<i>Sim</i>
H54. 3	<i>Perda não qualificada da visão em ambos os olhos</i>	<i>Quem não melhora com correção</i>	<i>Sim</i>
H90	<i>Perda de audição por transtorno de condução e/ou neuro sensorial</i>	<i>Nas Freqüências de 500, 1000 e 2000 Hz</i>	<i>Não</i>
<i>Doenças do Aparelho Circulatório</i>			
I02	<i>Coréia Reumática</i>		<i>Sim</i>
I60	<i>Hemorragia Subaracnóide</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	<i>Sim</i>
I61	<i>Hemorragia intracerebral</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	<i>Sim</i>

I63	<i>Infarto cerebral</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	Sim
I64	<i>Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	Sim
I67	<i>Outras doenças cerebrovasculares</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	Sim
I69	<i>Seqüelas de doenças cerebrovasculares</i>	<i>Somente quando existir seqüela sensorial ou motora</i>	Sim
I89	<i>Outros transtornos não-infecciosos dos vasos linfáticos e dos glânglios linfáticos</i>	<i>Elefantíase severa</i>	Não
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo			
M05	<i>Artrite reumatóide</i>	<i>Somente em articulações de membros</i>	Não
M06. 4	<i>Poliartropatia inflamatória</i>		Não
M08	<i>Artrite juvenil</i>		Não
M12. 5	<i>Artropatia traumática</i>	<i>Somente de grandes articulações</i>	Não
M15	<i>Poliartrose</i>	<i>Com comprometimento importante da Deambulação</i>	Não
M16	<i>Coxartrose (artrose do quadril)</i>	<i>Com comprometimento importante da Deambulação</i>	Não
M17	<i>Gonartrose (artrose do joelho)</i>	<i>Com comprometimento importante da Deambulação</i>	Não
M19	<i>Outras artroses</i>	<i>Com comprometimento importante da Deambulação Somente de grandes Articulações</i>	Não
M21. 5	<i>Mão e pé em garra e mão e pé tortos adquiridos</i>		Não
M21. 8	<i>Outras deformidades adquiridas especificadas dos membros</i>		Não
M32	<i>Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)</i>	<i>Somente nas grandes articulações ou punho</i>	Não
M34. 0	<i>Esclerose sistêmica progressiva</i>		Não
M40	<i>Cifose e lordose</i>	<i>Somente nos casos visíveis (em uso de colete)</i>	Não
M41	<i>Escoliose</i>	<i>Somente com limitação motora</i>	Não
M42	<i>Osteocondrose da coluna vertebral</i>	<i>Com limitação motora</i>	Não
M45	<i>Espondilite acilossante</i>	<i>Com limitação motora</i>	Não

M47. 1	<i>Outras espondilose com mielopatia</i>	<i>Com limitação motora</i>	<i>Não</i>
M50. 0	<i>Transtornos dos discos cervicais com mielopatia</i>	<i>Com limitação motora</i>	<i>Não</i>
M51. 0	<i>Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com mielopatia</i>	<i>Com limitação motora</i>	<i>Não</i>
M67. 0	<i>Tendo de Aquiles curto (adquirido)</i>	<i>Com comprometimento importante da Deambulação</i>	<i>Não</i>
M75. 1	<i>Síndrome do manguito rotador</i>	<i>Com lesão anatômica comprovada</i>	<i>Não</i>
M80	<i>Osteoporose com fratura patológica</i>	<i>Somente em ossos grandes</i>	<i>Sim</i>
M86	<i>Osteomielite</i>	<i>De ossos longos, com limitação importante de função</i>	<i>Não</i>
M87. 0	<i>Necrose asséptica idiopática do osso</i>	<i>Somente em membros inferiores</i>	<i>Não</i>
M87. 2	<i>Osteonecrose devida a traumatismo anterior</i>		<i>Não</i>
M88	<i>Doença Paget do osso (osteíte deformante)</i>		<i>Não</i>
M91	<i>Osteocondrose Juvenil do Quadril e da Pelve</i>		<i>Não</i>
N			
N18	<i>Insuficiência Renal Crônica</i>	<i>Hemodiálise 03 (três) vezes por semana</i>	<i>Sim</i>
Algumas Afecções Originadas no Período Neonatal			
P14	<i>Lesões ao nascer do sistema nervoso periférico</i>		<i>Sim</i>
P20	<i>Hipoxia intra-uterino</i>		<i>Sim</i>
P21	<i>Asfixia ao nascer</i>		<i>Sim</i>
Malformações Congênicas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas			
Q00	<i>Anencefalia e malformações similares</i>		<i>Sim</i>
Q01	<i>Encefalocele</i>		<i>Sim</i>
Q02	<i>Microcefalia</i>		<i>Sim</i>
Q03	<i>Hidrocefalia congênita</i>		<i>Sim</i>
Q05. 2	<i>Espinha bífida lombar com hidrocefalia</i>		<i>Sim</i>
Q05. 3	<i>Espinha bífida sacra com hidrocefalia</i>		<i>Sim</i>
Q65. 0	<i>Luxação congênita unilateral do quadril</i>	<i>Somente na fase adulta</i>	<i>Não</i>
Q65. 1	<i>Luxação congênita bilateral do quadril</i>	<i>Somente na fase adulta</i>	<i>Não</i>
Q66	<i>Pé torto congênito</i>		<i>Não</i>
Q71	<i>Defeitos, por redução, do membro superior.</i>		<i>Não Sim, se for</i>

			<i>bilateral</i>
Q72	<i>Defeitos, por redução, do membro inferior.</i>		Não
Q74. 0	<i>Outras malformações congênitas dos membros superiores, inclusive da cintura escapular.</i>		Não
Q74. 2	<i>Outras malformações congênitas dos membros inferiores, inclusive da cintura pélvica.</i>		Não
Q78. 0	<i>Osteogênese imperfeita</i>		Sim
Q78. 6	<i>Esóstosis congênitas múltiplas</i>		Não
Q87. 1	<i>Síndromes com malformações congênitas associadas predominantemente com o nanismo</i>		Não
Q87. 2	<i>Síndromes com malformações congênitas afetando predominantemente os membros</i>		Não
Q87. 4	<i>Síndrome de marfan</i>		Sim
Q87. 5	<i>Outras síndromes com malformações congênitas com outras alterações do esqueleto</i>		Sim
Q90	<i>Síndrome de Down</i>		Sim
<i>Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em outra parte</i>			
R26	<i>Anormalidades da marcha e da mobilidade</i>		Não
<i>Lesões, Envenenamento e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas</i>			
S14	<i>Traumatismo dos nervos e da medula espinhal ao nível cervical</i>		Sim
S47	<i>Lesão por esmagamento do ombro e do braço</i>		Não
S48	<i>Amputação traumática do ombro e do braço</i>		Não
S57	<i>Lesão por esmagamento do antebraço</i>		Não
S58	<i>Amputação traumática do cotovelo e do antebraço</i>		Não
S67	<i>Lesão por esmagamento do punho e da mão</i>		Não
S68. 0	<i>Amputação traumática do polegar (completa)</i>		Não
S68. 2	<i>Amputação traumática de dois ou mais dedos (completa)</i>	<i>Somente com perda da função de pinça</i>	Não

<i>S68. 4</i>	<i>Amputação traumática da mão ao nível do punho</i>		<i>Não</i>
<i>S68. 9</i>	<i>Amputação traumática do punho e da mão, nível não especificado.</i>		<i>Não</i>
<i>S72</i>	<i>Fratura do fêmur</i>	<i>Somente com encurtamento de membro que leve a dificuldade na deambulação escanograma com dismetria > 3cm ou em uso de aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S77</i>	<i>Lesão por esmagamento do quadril e da coxa</i>		<i>Não</i>
<i>S78</i>	<i>Amputação traumática do quadril e da coxa</i>		<i>Sim</i>
<i>S82. 1</i>	<i>Fratura da extremidade proximal da tibia</i>	<i>Somente em uso do aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S82. 2</i>	<i>Fratura da diáfise da tibia</i>	<i>Somente em uso de aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S82. 3</i>	<i>Fratura da extremidade distal da tibia</i>	<i>Somente em uso de aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S82. 4</i>	<i>Fratura do perônio (fibula)</i>	<i>Somente em uso de aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S82. 7</i>	<i>Fraturas múltiplas da perna</i>	<i>Somente em uso de aparelho fixador externo</i>	<i>Não</i>
<i>S88</i>	<i>Amputação traumática da perna</i>		<i>Não</i>
<i>S97</i>	<i>Lesão por esmagamento do tornozelo e pé</i>		<i>Não</i>
<i>S98</i>	<i>Amputação traumática do tornozelo e pé</i>		<i>Não</i>
<i>Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas</i>			
<i>T02. 1</i>	<i>Fraturas envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve</i>		<i>Não</i>
<i>T02. 4</i>	<i>Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros superiores</i>		<i>Não</i>
<i>T02. 5</i>	<i>Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros inferiores</i>		<i>Não</i>
<i>T02. 6</i>	<i>Fraturas envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores com inferiores</i>		<i>Não</i>
<i>T02. 7</i>	<i>Fraturas envolvendo tórax com parte inferior do dorso e da pelve com membros</i>		<i>Não</i>
<i>T04. 4</i>	<i>Traumatismos por esmagamento envolvendo regiões múltiplas dos membros superiores</i>		<i>Não</i>

	<i>com inferiores</i>		
T04. 7	<i>Traumatismos por esmagamento do tórax com abdome, parte inferior do dorso, pelve e membros.</i>		Não
T05	<i>Amputações traumáticas envolvendo múltiplas regiões do corpo</i>		Sim
T11. 6	<i>Amputação traumática de membro superior, nível não especificado.</i>		Não
T13. 6	<i>Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado.</i>		Não
T21	<i>Queimadura e corrosão do tronco</i>	<i>Somente com limitação motora</i>	Não
T22	<i>Queimadura e corrosão do ombro e de membro superior, exceto punho e mão</i>	<i>Somente com limitação motora</i>	Não
T23	<i>Queimadura e corrosão do punho e da mão</i>	<i>Somente com atrofia</i>	Não
T24	<i>Queimadura e corrosão do quadril e de membro inferior, exceto tornozelo e do pé.</i>	<i>Somente com limitação motora</i>	Não
T25	<i>Queimadura e corrosão do tornozelo e pé</i>	<i>Somente com limitação motora</i>	Não
T87	<i>Complicações próprias de reimplante e amputação</i>		Não
T90. 5	<i>Seqüela de traumatismo intracraniano</i>	<i>Somente com limitação motora ou cognitiva</i>	Não Sim , se tiver seqüela cognitiva
T91. 1	<i>Seqüela de fratura de coluna vertebral</i>	<i>Somente com dificuldade motora</i>	Não
T92. 6	<i>Seqüela de esmagamento e amputação traumática de membro superior</i>		Não
T93. 1	<i>Seqüela de fratura de fêmur</i>	<i>Somente com encurtamento de membro que leve a dificuldade de deambulação escanograma com dismetria > 3 cm</i>	Não
T93. 6	<i>Seqüela de esmagamento e amputação traumática de membro inferior</i>		Não
T95. 3	<i>Seqüelas de queimadura, corrosão e geladura de membro inferior.</i>		Não
Fator em que Influenciam o Estado de Saúde e o Contato com Serviços de Saúde			
Z89	<i>Ausência adquirida dos membros</i>		Não

Anexo II

Tabela de Infrações/Sanções

Ocorrências/Infrações	Sanções/Procedimentos	
<i>Utilização do Cartão Magnético ou Credencial das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida, por terceiros</i>	1ª. Ocorrência <i>Suspensão do benefício por período de 06 (seis) meses</i>	2ª. e demais ocorrências (nos últimos 12 meses) <i>Suspensão do benefício por período de 01 (um) ano</i>
<i>Comercialização do Cartão Magnético ou Credencial das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida</i>	1ª. Ocorrência <i>Suspensão do benefício por período de 01 (um) ano</i>	2ª. e demais ocorrências (nos últimos 12 meses) <i>Suspensão do benefício por período de 02 (dois) anos</i>
<i>Roubo/Furto Perda/Extravio</i>	1ª. e 2ª. Ocorrências (nos últimos 12 meses) <i>Apresenta o B.O para solicitação de 2ª. Via</i>	3ª. e demais ocorrências (nos últimos 12 meses) <i>Suspensão do benefício por período de 06 (seis) meses</i>

<i>Uso indevido/abusivo do benefício</i>	<i>1ª. Ocorrência</i> <i>Suspensão do benefício por período de 06 (seis) meses</i>	<i>2ª. e demais ocorrências</i> <i>Suspensão do benefício por período de 01 (um) ano</i>
--	--	--

Anexo III

Termo de Responsabilidade

TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE DA CREDENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA

Nome: _____

Número do Cadastro: _____ Documento: RG. Nº. _____

Declaro para os devidos fins, ter recebido a Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida e assumo a integral responsabilidade civil e criminal pela utilização da referida Credencial e declaro também concordância irrestrita com todas as normas abaixo especificadas.

DOS DIREITOS, OBRIGAÇÕES E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DA CREDENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA PARA GRATUIDADE NO TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO URBANO DE SÃO SEBASTIÃO.

A CREDENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA, permitirá ao usuário o acesso ao Transporte Público Coletivo Urbano na Cidade de São Sebastião/SP, observado os seguintes aspectos:

- a) *A Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida permite a quem de direito, bem como o seu acompanhante em casos específicos, com uma única Credencial, o acesso ao Transporte Público Coletivo Urbano da cidade de São Sebastião, sem o pagamento da correspondente tarifa.*
- b) *A Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida é emitida em nome do usuário, sendo fornecido neste ato sob o regime de **COMODATO**.*
- c) *O usuário deverá conservar a sua à Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida com o máximo cuidado e segurança para evitar avaria, extravio, perda, furto ou roubo.*
- d) *Qualquer dessas ocorrências deverá ser comunicado imediatamente para que se providencie a suspensão da Credencial, na Secretaria Municipal de Saúde, salvo em caso de extravio, perda, furto ou roubo, deverá ser apresentado Boletim de Ocorrência.*

- e) *Em caso de avaria, extravio, perda, furto ou roubo, o usuário ou seu representante legal deverá solicitar a emissão da 2ª. Via o que acarretará o pagamento de taxa equivalente de 20 (vinte) tarifas vigentes na data da solicitação.*
- f) *No caso de menor de idade, ou civilmente incapaz, o seu representante legal, responderá pelo uso incorreto ou pelas ocorrências eventualmente havidas com a Credencial.*
- g) *O pagamento das taxas para os casos acima deverá ser feito na Prefeitura Municipal e a solicitação da nova Credencial na Secretaria Municipal de Saúde, mediante a apresentação do comprovante de pagamento.*
- h) É EXPRESSAMENTE PROIBIDO O USO DA CREDENCIAL DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA OU MOBILIDADE REDUZIDA POR TERCEIROS OU EM DESCONFORMIDADE COM O AUTORIZADO.**
- i) *A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde poderá a qualquer momento e independente de aviso, suspender o uso da Credencial de Identificação das Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nos casos de utilização indevida, dolosa ou em desacordo com as disposições da presente Lei e Termo, requerendo sua imediata devolução sob pena de responsabilidade civil ou criminal.*
- j) *Em caso de perda das condições legais que autorizam a emissão e utilização da Credencial ora recebidas, fica expressamente convencionado e aceito que independentemente da devolução da Credencial, a Secretaria de Saúde efetivará o seu imediato bloqueio.*

Declaro estar ciente dos meus direitos, obrigações e responsabilidades quanto ao uso correto da Credencial ora recebido, pelo que assino o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma ficando de posse de uma delas.

São Sebastião, ____ de _____ de 2 ____.

Assinatura do Beneficiário e/ou Responsável

DATA DE VALIDADE: ____/____/____.

CADASTRO ANTERIOR N°: _____

