



## RESOLUÇÃO SESA Nº 427/2017

O **SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**, usando da atribuição que lhe confere o Art. 45, inciso XIV da Lei nº 8.485 de 03.06.1987 e o Decreto nº 9.921/2014, anexo, artigo 8º, inciso IX,

### RESOLVE:

**Art. 1º** – Instituir o modelo de Laudo Médico, conforme Anexo I, para todas as Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, que ofereçam atendimento médico. Esses estabelecimentos deverão realizar avaliação e emitir Laudo para concessão de isenção tarifária em linhas de transporte intermunicipal e nas linhas que compõem as redes integradas de transporte coletivo das regiões metropolitanas, para as pessoas com deficiência e nas doenças crônicas elencadas no artigo 80º da Lei Estadual nº 18.419, de 07 de janeiro de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência.

**Art. 2º** - No caso de portadores de patologias crônicas, a saber: Insuficiência Renal Crônica, Doença de Crohn, Câncer, Transtornos Mentais Graves, HIV, Mucoviscidose, Hemofilia, e, Esclerose Múltipla (Lei Estadual nº 18.419, 07/01/2015, art. 80º), a emissão do Laudo deverá ser realizada pelo serviço da Rede do Sistema Único de Saúde - SUS onde é realizado o tratamento.

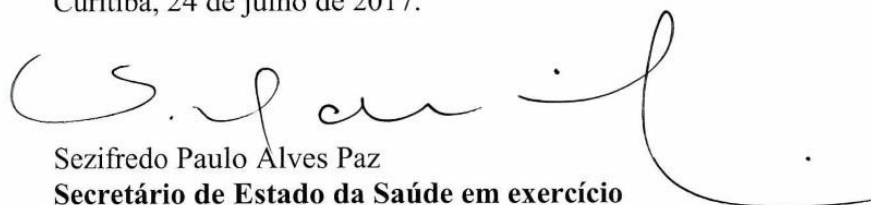
**Art. 3º** - O Laudo de avaliação fornecido pelo profissional médico deverá obrigatoriamente conter a identificação do paciente, informações sobre a deficiência ou patologia, necessidade de acompanhante, se o Laudo é permanente ou não, o local de tratamento, dentre outras informações, conforme modelo integrante desta Resolução.

§1º – Nos casos em que houver a necessidade de acompanhante, o paciente só poderá se utilizar do benefício na presença do mesmo.

**Art. 4º** - Todas as unidades que compõem o Sistema Único de Saúde deverão ter afixados em local visível as informações sobre os benefícios assegurados pela Lei Estadual nº 18.419, de 07 de janeiro de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, Decreto Estadual nº 4.742/2009 e alterações feitas pelo Decreto Estadual nº 6.179/2010 e ampla divulgação por outros meios de comunicação.

**Art. 5º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando a Resolução SESA nº 362, de 2015.

Curitiba, 24 de julho de 2017.

  
Sezifredo Paulo Alves Paz  
**Secretário de Estado da Saúde em exercício**

**LAUDO MÉDICO****Para Isenção Tarifária no Transporte Intermunicipal Lei Estadual nº18.419, 07/01/2015**

Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ Data Avaliação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( ) RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Descrição evolutiva do Quadro Clínico com CID/CIF:  
  
  
**Deficiência Física**

Assinalar a Deficiência Física:

( ) Paraplegia ( ) Paraparesia ( ) Monoplegia ( ) Monoparesia ( ) Tetraplegia ( ) Paralisia Cerebral  
 ( ) Triplegia ( ) Triparesia ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Ostomia ( ) Amputação ou ausência de membros  
 ( ) Nanismo ( ) Tetraparesia ( ) Membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.  
 ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**Deficiência Auditiva**

Frequências	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
Ouvido Direito	_____dB	_____dB	_____dB	_____dB
Ouvido Esquerdo	_____dB	_____dB	_____dB	_____dB

**Deficiência Visual**

	Olho Direito	Olho Esquerdo
Acuidade Visual		
Campo Visual		

**Deficiência Intelectual**

Associar as limitações associadas nas áreas de habilidades adaptativas:

( ) Comunicação ( ) Cuidado Pessoal ( ) Habilidades Sociais ( ) Trabalho  
 ( ) Saúde e Segurança ( ) Habilidades Acadêmicas ( ) Lazer ( ) Utilização dos recursos da comunidade

**Patologias Crônicas (pacientes que estejam em tratamento, fora do município de sua residência – Lei Estadual nº 18.419/2015 – Art. 80)**

Assinalar a Patologia Crônica:

( ) Insuficiência Renal Crônica ( ) Doença de Crohn ( ) Câncer ( ) Transtornos Mentais Graves  
 ( ) HIV ( ) Mucoviscosidade ( ) Hemofilia ( ) Esclerose Múltipla

INFORMAR LOCAL DE TRATAMENTO E MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**Há necessidade de acompanhante?**

Laudo Permanente: Sim ( ) Não ( )

( ) Sim/Justifique. (Obrigatória a presença do acompanhante para o uso do benefício – Resolução 427/2017)  
 ( ) Não/Justifique.

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_ Nome do médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_