



**GATRA (GREATER ATTLEBORO-TAUNTON REGIONAL TRANSIT AUTHORITY)**  
**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE PASSE DE**  
**ACESSO ESTADUAL**

**E**  
**DE DIREITO A 'ADA PARATRANSIT'**

**PART B:**

**PARA PREENCHIMENTO PELO MÉDICO OU PROFISSIONAL DA AGÊNCIA**

Prezado profissional de saúde:

A Lei ADA (para Americanos Portadores de Deficiências) de 1990 é uma lei de direitos civis que proíbe a discriminação contra pessoas com incapacidade. Para atender as suas necessidades, as empresas de transporte público de ônibus devem prestar uma variedade de serviços.

Seu paciente/cliente solicita, por nosso intermédio, que Vossa Senhona forneça informações à GATRA (Greater Attleboro- Taunton Regional Transit Authority) referentes à sua capacidade de usar nossos serviços de *paratransit*. A legislação federal exige que a GATRA (Greater Attleboro-Taunton Regional Transit Authority) forneça serviços de *paratransit* (Dial-A-Ride) para pessoas incapazes de utilizar nossos serviços de itinerário fixo de ônibus.

Esclarecemos que esta legislação é muito rigorosa ao definir quem tem o direito de receber estes serviços especializados. A pessoa deverá ter uma limitação física ou mental real que impeça seu uso de transportes públicos acessíveis com itinerários fixos.

As informações que V. Sa. fornecer descrevendo a capacidade física e mental desta pessoa nos permitirão fazer a devida avaliação do requerimento submetido conforme disposto na legislação, visando atender os melhores interesses do requerente. Todas as informações deste formulário serão mantidas em sigilo.

O processamento do requerimento desta pessoa não poderá prosseguir enquanto não recebermos de V. Sa. estas informações solicitadas. Agradecemos a sua ajuda.

Como a(s) incapacidade(s) desta pessoa causa(m) limitações funcionais capazes de afetar negativamente a sua mobilidade?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Esta condição é \_\_\_\_\_ Permanente

Temporária \_\_\_\_\_, com duração prevista de \_\_\_\_\_ meses

O requerente consegue subir escadas?                    \_\_\_ Sim     \_\_\_ Não

Consegue ler sinalizações para sobrevivência?        \_\_\_ Sim     \_\_\_ Não

Consegue escutar instruções faladas?                   \_\_\_ Sim     \_\_\_ Não

O requerente consegue viajar o serviço regular de ônibus com itinerário fixo? *(Todos os ônibus da GATRA têm acesso para cadeira de rodas).*                    \_\_\_ Sim     \_\_\_ Não     \_\_\_ Às vezes

Explicar: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Se o requerente tiver alguma deficiência visual, responda o seguinte:**

Acuidade visual com a melhor correção:

Olho direito

Olho esquerdo

Ambos os olhos

Campos Visuais:

Olho direito

Olho esquerdo

Ambos os olhos

O requerente consegue ler sinalizações com informações?  Sim  Não

O requerente consegue atravessar ruas e cruzamentos movimentados?  Sim  Não

O requerente consegue usar serviços regulares de ônibus de itinerário fixo mesmo com deficiência visual?

Sim  Não  Às vezes

Se respondeu não ou às vezes, explicar:

---

---

---

---

**Se o requerente tiver alguma deficiência visual, responda o seguinte:**

O requerente consegue:

Dar seu nome, endereço e número do telefone se solicitado?  Sim  Não

Reconhecer o destino ou algum ponto de referência?  Sim  Não

Lidar com situações ou alterações inesperadas na rotina?  Sim  Não

Pedir, compreender e seguir instruções?  Sim  Não

Viajar com segurança e efetividade atravessando instalações complexas e/ou superlotadas?  Sim  Não

Descreva outras limitações funcionais eventuais que afetem a mobilidade desta pessoa e não descritas anteriormente:

---

---

---

---

**IMPORTANTE – VIDE VERSO!**

# **CREDENCIAMENTO PROFISSIONAL E AUTENTICAÇÃO**

Atesto que estas informações estão corretas, salvo melhor juízo e convicção.

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA LICENÇA EM MASS: . \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Envie o formulário preenchido para:

**GATRA**  
**2 Oak Street**  
**Taunton, MA 02780**  
**Attn: Stacy Forte**