

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL

Lei nº 8.899, de 29/06/1994, Decreto nº 3.691, de 19/12/2000 e Portaria nº 410/GM/MT de 27/11/2014.

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Local do Exame: _____ Data: ____/____/____

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 70 do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO, RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

APRESENTAR NO VERSO, DECLARAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOUVER NECESSIDADE, INCLUSIVE PARA O REQUERENTE QUE POSSUI O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA(BPC).

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Tipo de Deficiência					CID 10 Obrigatório indicar conforme definição
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.				
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma na MÉDIA das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;				
	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.				
	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito		Olho Esquerdo	
	Acuidade Visual:	
	Campo Visual:°	°	
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho.				
	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA				

Assinatura: _____ Assinatura: _____

OBRIGATORIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA AREA DA DEFICIÊNCIA

Carimbo e Registro Profissional _____ Carimbo e Registro no CRM _____

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERESTADUAL

Lei nº 8.899, de 29/06/94, Decreto nº 3.691, de 19/12/00 e Portaria nº 410/GM/MT de 27/11/2014.

RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data: ____/____/____

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte interestadual coletivo de passageiros, relatório médico e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

Observação:

- 1. O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.**
- 2. DECLARAR A IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOVER NECESSIDADE, INCLUSIVE PARA O REQUERENTE QUE POSSUI O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC).**

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

Assinatura:	Assinatura:
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA	
Carimbo e Registro Profissional	Carimbo e Registro no CRM