

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE NO TRANSPORTE INTERMUNICIPAL DE PASSAGEIROS

Lei Estadual nº 13.320 de 21 de dezembro de 2009 (artigos 94 a 98)

2 – ATESTADO MÉDICO DE DEFICIÊNCIA PERMANENTE PARA CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

(Conforme Lei Estadual nº 13.320 de 21 de dezembro de 2009 (item II do artigo 92))

“Pessoas com Deficiências são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial permanentes, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em bases iguais às demais pessoas.”
(Art. 1º da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência)

Atesto que o requerente _____ apresenta a deficiência indicada abaixo.

Conforme artigo 5º do Decreto nº 5.296, de dezembro de 2004 ou Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, parágrafo 1º do artigo 1º.

DEFICIÊNCIA FÍSICA: Apresenta, **de forma permanente**, limitação funcional que gera incapacidade para o desempenho de

atividade, exceto deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

Paraplegia Paraparesia Monoplegia Monoparesia Tetraplegia Tetraparesia
 Triplegia Triparesia Hemiplegia Hemiparesia Paralisia Cerebral Nanismo
 Amputação e/ou ausência de membro com especificação do segmento amputado Ostomias (permanentes)

CID10 - _____

Membros com deformidades congênitas ou adquiridas

DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

Apresenta, **de forma permanente**, perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um (41) decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

Anexar exame de audiometria.

CID10 - _____

DEFICIÊNCIA VISUAL:

Apresenta **Cegueira permanente**: Acuidade visual menor ou igual a 0,05 **no melhor olho**, com a melhor correção óptica;

Apresenta **Baixa Visão permanente**: Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 **no melhor olho**, com a melhor correção óptica;

Apresenta, **de forma permanente**, somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°.

Apresenta visão monocular **permanente**, menor que 5%.

Anexar atestado de acuidade visual ou campimetria quando necessário.

CID10 - _____

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: Apresenta, **de forma permanente**, funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

Comunicação Cuidado Pessoal Habilidades Sociais Utilização dos recursos da comunidade
 Saúde e Segurança Habilidades acadêmicas Lazer Trabalho

CID10 - _____

AUTISMO: Apresenta, **de forma permanente**, transtorno do espectro autista portando síndrome clínica caracterizada nas formas:

Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; **(e/ou)**

Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesse restritos e fixos.

CID10 - _____

DEFICIÊNCIA MENTAL: Apresenta, **de forma permanente**, impedimentos psicossociais decorrentes de transtornos mentais severos com limitações funcionais incapacitantes nas seguintes áreas:

Comunicação Cuidado Pessoal Habilidades Sociais Utilização dos recursos da comunidade
 Saúde e Segurança Habilidades acadêmicas Lazer Trabalho

CID10 - _____

Obs.: Sr. médico utilize o verso da folha para descrever a deficiência e a incapacidade permanente, quando necessário, anexando os respectivos exames complementares.

Declaro ser expressão da verdade as informações aqui atestadas. Declarando também estar ciente das penalidades legais a que estou sujeito.

Assinatura de Médico

Carimbo/CREMERS

Data: / /

Estabelecimento de Saúde do SUS

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____

*Caso o atestado médico seja preenchido em UBS, este campo é imprescindível.

Carimbo