



CONCESSÃO DO PASSE LEGAL INTERMUNICIPAL Lei 241, de 27/03/2015 – Resolução Nº 002/2020- CERCON/ARSEPAM.

ATESTADO DO MÉDICO ESPECIALISTA

Requerente: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Local do Exame: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte intermunicipal 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 Lei 241, de 27/03/2015 – Resolução Nº 002/2020- CERCON/ARSEPAM.

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

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

PREESCREVER NO VERSO, DECLARAÇÃO DA IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE HOUVER NECESSIDADE.

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

Table with columns for 'Tipo de Deficiência' and 'CID 10'. Rows include: DEFICIÊNCIA FÍSICA, DEFICIÊNCIA AUDITIVA (with frequency table), DEFICIÊNCIA VISUAL (with acuity and field of vision table), DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL, and TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA.



**CONCESSÃO DO PASSE LEGAL IN**

Lei 241, de 27/03/2015 – Resolução Nº 002/2020

**ATESTADO DO MÉDICO ESPECIALISTA**

Requerente: \_\_\_\_\_

Local do Exame: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte intermunicipal 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.**

*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:

Carimbo e Registro Profissional da  
Equipe Multiprofissional

Carimbo e Registro com RQE

**OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA**