

**CONCESSÃO DO PASSE LEGAL INTERMUNICIPAL**

Lei 241, de 27/03/2015 – Resolução Nº 002/2020- CERCON/ARSEPAM.

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

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

Atestamos, para fins de concessão de gratuidade nos serviços de transporte intermunicipal coletivo de passageiros (rodoviário e fluvial), que o requerente acima identificado é pessoa com deficiência, podendo esta ser de natureza permanente ou temporária, conforme o caso, nos termos das definições constantes da Lei nº 241, de 27 de março de 2015, e da Resolução nº 002/2020 – CERCON/ARSEPAM.

Observação: A deficiência deverá estar atestada em laudo emitido por médico com CRM ativo, podendo ser de natureza permanente ou temporária, conforme o caso, e ser acompanhada de exames complementares, quando necessários à adequada caracterização da condição.

Tipo de Deficiência					CID 10 Obrigatório indicar conforme definição
☐	DEFICIÊNCIA FÍSICA – Art. 4, II, Lei Promulgada nº 241/15.				
☐	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – <u>perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis</u> (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
☐	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <u>no melhor olho, com a melhor correção óptica</u> ; 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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.				
	DEFICIÊNCIA VISUAL		Olho Direito	Olho Esquerdo	
	Acuidade Visual:				
	Campo Visual:		°	°	
☐	DEFICIÊNCIA INTELECTUAL – Art. 4, VI, Lei Promulgada nº 241/15. Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, <u>com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas</u> , 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.				
	☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h				
☐	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA				



CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

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

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.

INSTRUÇÕES OBRIGATÓRIAS

1. O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE OU TEMPORÁRIA, LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES LEGAIS, COM AS INCAPACITÂNCIAS FUNCIONAIS E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.
2. O MÉDICO DEVE DECLARAR SE HÁ IMPRESCINDIBILIDADE DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE PARA LOCOMOÇÃO DO BENEFICIÁRIO, SE CONSTATAR NECESSIDADE, SALVO SE O BENEFICIÁRIO FOR MENOR DE 18 ANOS.
NA HIPÓTESE DE O BENEFICIÁRIO SER MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DISPENSA-SE A INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE, PRESUMINDO-SE QUE SEUS REPRESENTANTES LEGAIS EXERCERÃO TAL FUNÇÃO.

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

Assinatura e Carimbo de Registro do
Profissional da Área da Saúde

Assinatura e Carimbo de Médico

OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, SENDO UM DELES, MÉDICO COM CRM ATIVO.

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