

**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: \_\_\_\_\_

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.**

**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"/>	<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de</u> 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, <u>exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</u>		
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – <u>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;</u>		
	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.		
	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo
	Acuidade Visual:	.....	.....
	Campo Visual:	.....°	.....°
<input type="checkbox"/>	<b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b> – 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.		
	<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"/>	<b>DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</b>		
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	

**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.**

*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