

### CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL RODOVIÁRIO

Lei complementar nº 971, de 14 de julho de 2021.

#### ATESTADO MÉDICO

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

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

Atesto para a finalidade de concessão de gratuidade no Sistema de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros do Estado do Espírito Santo – SITRIP/ES, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas na Lei Complementar nº 971/2021.

TIPO DE DEFICIÊNCIA		CID 10															
<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, triplicia, 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; <table border="1"><thead><tr><th>FREQUÊNCIAS:</th><th>500Hz</th><th>1.000Hz</th><th>2.000Hz</th><th>3.000Hz</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ouvido Direito</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td></tr><tr><td>Ouvido Esquerdo</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td><td>=.....db</td></tr></tbody></table>	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Ouvido Direito	=.....db	=.....db	=.....db	=.....db	Ouvido Esquerdo	=.....db	=.....db	=.....db	=.....db	
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 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <table border="1"><thead><tr><th>DEFICIÊNCIA VISUAL</th><th>Olho Direito</th><th>Olho Esquerdo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Acuidade Visual</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Campo Visual</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual			Campo Visual									
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: <b>a)</b> comunicação, <b>b)</b> cuidado pessoal, <b>c)</b> habilidades sociais, <b>d)</b> utilização dos recursos da comunidade, <b>e)</b> saúde e segurança, <b>f)</b> habilidades acadêmicas, <b>g)</b> lazer, e <b>h)</b> trabalho. ( ) <b>a</b> ( ) <b>b</b> ( ) <b>c</b> ( ) <b>d</b> ( ) <b>e</b> ( ) <b>f</b> ( ) <b>g</b> ( ) <b>h</b>																
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA																
É imprescindível a presença do acompanhante para locomoção do beneficiário?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
Assinatura:																	
Carimbo e Registro Profissional																	

**IMPORTANTE:** O médico necessariamente deverá ser especialista na área da deficiência atestada.

**CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL RODOVIÁRIO**

Lei complementar nº 971, de 14 de julho de 2021.

**RELATÓRIO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL OU DO MÉDICO QUE ATESTOU A DEFICIÊNCIA.**

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

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.

**RELATÓRIO MÉDICO, HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA E OUTRAS INFORMAÇÕES:**

(O relatório deverá caracterizar a incapacidade permanente levando em conta as definições e informar o histórico da deficiência.)

<b>Carimbo e Registro Profissional</b>	<b>Carimbo e Registro no CRM</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>