



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL/ SJDHDS
 SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA/SUDEP

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL DO ESTADO DA BAHIA
 ATESTADO DA EQUIPE MÉDICA DO SISTEMA UNICO DE SAÚDE/SUS

Lei nº 12.575 de 26 de abril de 2012
 Decreto nº 14.108 de 27 de agosto de 2012

Requerente: _____ RG: _____

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui impedindo de quaisquer natureza que acarreta a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (Art. 4 do decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo art. 70 do Decreto 5.296, de 02 de dezembro de 2004)

Obs: É imprescindível informar, através de atestado, a necessidade de acompanhante à PDC.

| Tipo de Deficiência | | | | | CID 10 Obrigatório indicar conforme definição |
|----------------------------|---|--------------|---------------|----------|---|
| <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, triplegia, 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 nas 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 |
| <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. | | | | |
| | 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: 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"/> | DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS | | | | |
| <input type="checkbox"/> | DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA | | | | |
| <input type="checkbox"/> | OUTRAS DEFICIÊNCIAS | | | | |
| Local e Data: | | | | | Assinatura, carimbo registro do RM |



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL/ SJDHDS
SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA/SUDEF

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL DO ESTADO DA BAHIA
Lei nº 12.575 de 26 de abril de 2012
Decreto nº 14.108 de 27 de agosto de 2012

Requerente: _____ RG: _____

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade dos serviços de transporte Intermunicipal coletivo de passageiros, relatório médico detalhado e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

OBS: 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 a locomoção do beneficiário se houver necessidade.

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

RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO E HISTORICO DA DEFICIÊNCIA

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Local e Data:

_____, ____/____/____

Assinatura

Carimbo e Registro do CRM

Atestado Médico para Acompanhante

Atesto que _____, solicitante para a concessão do Passe Livre Intermunicipal do Estado da Bahia, tem a necessidade de acompanhante nas suas viagens intermunicipais, sendo o mesmo menor de idade e/ou por seu tipo de deficiência, que impossibilita de fazer esse deslocamento desacompanhado.

Local e Data:

_____, ____/____/____

Assinatura:

Carimbo e Registro do CRM