



ATESTADO MÉDICO PARA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Sr(a). Médico(a) Para o paciente ter direito ao benefício da gratuidade para deficiente no sistema de transporte coletivo (LEI 7631/95), deverá comprovar a deficiência mental permanente, com CID correspondente, conforme consta no decreto federal Nº 5296/04, desta forma solicitamos o preenchimento de todos os campos abaixo evitando rasuras.

DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA

DE ACORDO COM O ART. 5º § 1º DO DECRETO Nº 5296/04, CARACTERIZA-SE POR DEFICIÊNCIA MENTAL: FUNCIONAMENTO INTELECTUAL SIGNIFICATIVAMENTE INFERIOR A MÉDIA, COM MANIFESTAÇÃO ANTES DOS DEZOITO ANOS E LIMITAÇÕES ASSOCIADAS A DUAS OU MAIS ÁREAS DE HABILIDADES ADAPTATIVAS, TAIS COMO: COMUNICAÇÃO, CUIDADOS PESSOAIS, HABILIDADES SOCIAIS, UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DA COMUNIDADE, SAÚDE E SEGURANÇA, HABILIDADES ACADEMICAS, LAZER E TRABALHO.

1 NOME DO PACIENTE

2 CID 10: 3 A DEFICIÊNCIA É PERMANENTE? 4 IDADE DA MANIFESTAÇÃO DA DEFICIÊNCIA:

5 DESCRIÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO PACIENTE:

6 FORAM UTILIZADOS EXAMES NA AVALIAÇÃO DO QUADRO ? QUAIS TIPOS ?

7 HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE? 8 HÁ LAUDOS ANTERIORES DE ESPECIALISTAS? 9 PACIENTE EM TRATAMENTO CONTINUO ?

Data, carimbo e assinatura do médico

LOCAL DE EXPEDIÇÃO DO ATESTADO

Local do tratamento e carimbo:

Endereço: Telefone: