



## ATESTADO MÉDICO PARA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA



### 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 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 AUDITIVA: PERDA BILATERAL, PARCIAL OU TOTAL, DE QUARENTA E UM DECIBÉIS (dB) OU MAIS, AFERIDA POR AUDIOGRAMA NAS FREQUENCIAS DE 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

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 QUAIS TIPOS DE EXAMES FORAM UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DO QUADRO ?

7 USA APARELHO AUDITIVO?

8 HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE?

Data, carimbo e assinatura do médico

### LOCAL DE EXPEDIÇÃO DO ATESTADO

Local do tratamento e carimbo:

Endereço:

Telefone: