



# ATESTADO MÉDICO PARA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA



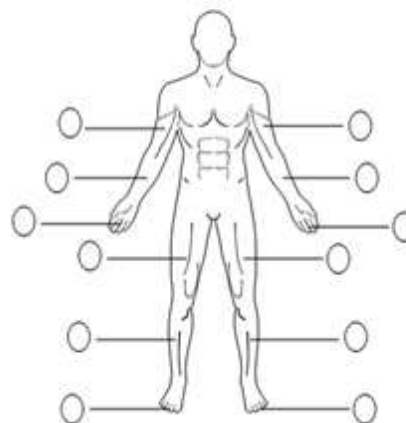
## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

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 física permanente, com CID correspondente, conforme consta no decreto federal N° 5296/04, desta forma solicitamos o preenchimento de todos os campos abaixo evitando rasuras e seguindo a referência numérica conforme os casos citados no decreto.

### DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA

DE ACORDO COM O ART. 5º § 1º DO DECRETO Nº 5296/04, CARACTERIZA-SE POR 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	1	hemiplegia	8
paraparesia	2	hemiparesia	9
monoplegia	3	nanismo	10
monoparesia	4	paralisia cerebral	11
tetraplegia	5	ostomia	12
tetraparesia	6	amputação ou ausência de membros	13
triplegia	7	membros c/ deformidade congênita ou adquirida	14



1 Nome do paciente \_\_\_\_\_

2 CID 10: \_\_\_\_\_ 3 A DEFICIÊNCIA É PERMANENTE? \_\_\_\_\_ 4 MEMBRO(S) AFETADO(S): \_\_\_\_\_

5 DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO ANATÔMICA: \_\_\_\_\_ Sr. Médico indique o código de acordo com a descrição do decreto acima ( )  
Altura do paciente \_\_\_\_\_

6 DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

7 HOUVE ENCURTAMENTO DE MEMBRO? QUANTIFIQUE \_\_\_\_\_ 8 HÁ LAUDOS ANTERIORES DE ESPECIALISTAS? \_\_\_\_\_ 9 HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE? \_\_\_\_\_

Data, carimbo e assinatura do médico \_\_\_\_\_

### LOCAL DE EXPEDIÇÃO DO ATESTADO

Local do tratamento e carimbo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_