ATESTADO MÉDICO PADRÃO DO MUNICÍPIO DE GUAÍBA PARA ISENÇÃO TARIFÁRIA DE PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE NO TRANSPORTE MUNICIPAL DE PASSAGEIROS
Lei Municipal nº. 3385/2015, de 28 de dezembro de 2015 – Art. 6º e 7º.

ATESTADO DE DEFICIÊNCIA PERMANENTE

O ATESTADO MÉDICO DEVERÁ SER FIRMADO POR MÉDICO ESPECIALISTA E MÉDICO DO QUADRO DO EXECUTIVO MUNICIPAL DE GUAÍBA.

Nome:	Data:	RG:
(Pessoa com Deficiência Permanente)	(Nascimento)	(Identidade)

Exame Médico: Diagnóstico da deficiência permanente (campos de preenchimento obrigatório).

1 – Laudo Médico: Informar a **DEFICIÊNCIA** descrevendo de forma clara a(s) limitação(ões) que gera(m) incapacidade e impede(m) o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

2 – Declare neste quadro caso o solicitante seja incapaz de se locomover sem auxílio de terceiros necessitando obrigatoriamente de acompanhante:

Atestamos que o (a) requerente, para fins de obter gratuidade nas linhas da modalidade convencional do Serviço Público de Transporte Coletivo de Passageiros do Município de Guaíba, **possui a deficiência permanente abaixo assinalada**, nos termos da Lei Municipal nº. 3385/2015, de 28 de dezembro de 2015.

Deficiência Física: ( ) CID-10: .....

Deficiência Auditiva: ( ) CID-10: .....

Deficiência Visual: ( ) CID-10: ..... Acuidade Visual OD:...../ .....OE: ...../ .....

Campo Visual OD:...../ .....OE: ...../ .....

Deficiência Mental: ( ) CID-10: .....

Deficiência Múltipla: ( ) CID-10: .....

Ostomizados/Renais Crônicos/Transplantados/Hansenianos/ AIDS: ( ) CID-10: .....

Autorizo a divulgação do CID-10 respectivo para fins de obter benefício de isenção tarifária. _____
De acordo

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência diagnosticada, **anexando-se os respectivos exames complementares.**

Visto Diretoria de Transportes

Local	Data de expedição do atestado	Data
Médico Especialista/Clínico Geral Carimbo c/CREMERS	**Médico - Prefeitura de Guaíba** Carimbo c/CREMERS	Assinatura e Carimbo

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente pelos médicos de forma legível.