



**FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PARA AQUISIÇÃO DE PASSE LIVRE**

**AVALIAÇÃO PARA O PASSE LIVRE MUNICIPAL (PCD)**

Conforme LEI 13.515, de 26/05/2017

**AVALIAÇÃO PARA O PASSE LIVRE MUNICIPAL (RENAL CRÔNICO E ONCOLÓGICO)**

Conforme LEI 11.079, de 26/02/2006

\* REQUERENTE: \_\_\_\_\_

\* LOCAL DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ \* DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\* TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!**

| * TIPO DE DEFICIÊNCIA OU DOENÇA  | DESCRIÇÃO  | * CID |
|--|--|-------|
| <b>FÍSICA</b>  | Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o <b>comprometimento da função física</b> , apresentando-se sob a forma de paraplegia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções.  |       |
| <b>AUDITIVA</b>  | <b>Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais</b> , aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. Equipara-se à pessoa com deficiência auditiva, as pessoas com surdez unilateral em grau de severa ou profunda, <b>maior de 70 decibéis (dB)</b> .   |       |
| <b>VISUAL</b>  | <b>CEGUEIRA</b> , a qual a acuidade visual é <b>igual ou menor que 0,05 no melhor olho</b> , com a melhor correção óptica; <b>BAIXA VISÃO</b> , que significa acuidade visual entre <b>0,3 e 0,05 no melhor olho</b> , com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida dos campos visual em ambos os olhos for <b>igual ou menor que 60°</b> ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Equipara-se à pessoa com <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> , as pessoas com <b>cegueira total monocular</b> .  |       |
| <b>INTELECTUAL</b><br>(ATENÇÃO: Transtornos mentais deverão ser encaminhados ao <b>CENTRO DE APOIO PSICOSSOCIAL - CAPS</b> ) | Funcionamento intelectual <b>significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos</b> e limitações associadas a 02 (duas) ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: <b>a)</b> comunicação; <b>b)</b> cuidado pessoal; <b>c)</b> habilidades sociais; <b>d)</b> utilização dos recursos da comunidade; <b>e)</b> saúde e segurança; <b>f)</b> habilidades acadêmicas; <b>g)</b> lazer; e <b>h)</b> trabalho.  |       |
| <b>AUTISMO</b>   | <b>Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais</b> , manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos. |       |
| <b>EM CASO DE TRATAMENTO PREVENTIVO, INFORMAR:</b>   |  |       |
| <b>PESSOA COM DEFICIÊNCIA TEMPORÁRIA</b>   | <b>TEMPO DE TRATAMENTO PREVENTIVO (Máximo de 6 meses)</b><br>( ) 1 MÊS ( ) 2 MESES ( ) 3 MESES ( ) 4 MESES ( ) 5 MESES ( ) 6 MESES   |       |
| <b>EM CASO DE DOENÇA, INFORMAR:</b>  |  |       |
| <b>ONCOLÓGICO</b>  | Fica assegurado o passe livre em Transporte Coletivo Urbano às pessoas com Doença Oncológica, <b>EM TRATAMENTO AMBULATORIAL</b> .  |       |
| <b>RENAL CRÔNICO</b>   | Fica assegurado o passe livre em Transporte Coletivo Urbano às pessoas com Doença Renal Crônica, <b>EM TRATAMENTO AMBULATORIAL</b> .   |       |
| <b>* O TIPO DE DEFICIÊNCIA / DOENÇA:</b>   |  |       |
| NECESSITA DE ACOMPANHANTE? ( ) SIM ( ) NÃO   |  |       |
| CONSEGUE PASSAR PELA ROLETA? ( ) SIM ( ) NÃO   |  |       |

