

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE OBTENÇÃO
DA GRATUIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NO TRANSPORTE COLETIVO.**

**TODOS OS ITENS DESTE DOCUMENTO
SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**



Prefeitura de
Fortaleza

Data

____/____/____

Nome completo

1 - Classificação, conforme Lei Complementar Municipal nº 0057/ 2008 e sua regulamentação (marque somente um dos campos de acordo com o quadro atual do(a) requerente):

() 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, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

() Deficiência Mental/ Intelectual

funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a. comunicação; b. cuidado pessoal; c. habilidades sociais; d. utilização da comunidade; e. saúde e segurança f. habilidades acadêmicas; g. trabalho; h. lazer.

() Deficiência Visual

cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

() Deficiência Auditiva

perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

() Deficiência Múltipla

associação de duas ou mais deficiências descritas no item 1.

2 - Diagnóstico principal

CID _____

3 - Avalia a deficiência como:

() Leve

() Moderada

() Severa

1º - () Permanente ou estável

2º - () Temporária. Deve-se efetuar nova avaliação médica após ____ meses.

4 - O(a) requerente necessita de acompanhante para o seu deslocamento? (marque somente um dos campos)

() Sim () Não

SR(A). MEDICO(A), CONFORME O CODIGO DE ETICA MEDICA:

Art. 39: É vedado ao médico atestar de forma secreta ou ilegível;
Art. 110: É vedado ao médico fornecer atestado que não corresponda à verdade.

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DA
GRATUIDADE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NO TRANSPORTE COLETIVO.**



Prefeitura de
Fortaleza

5 - Caracterização da deficiência, exames e/ ou pareceres anteriores:

5.1. Caracterize a deficiência assinalada e descrita nos itens 1 e 2 deste documento; e

5.2. Registre o resultado de exames complementares que tenham sido realizados e/ ou pareceres de especialistas anteriores a emissão deste laudo.

5.3. Em caso de deficiência mental/intelectual responder as seguintes perguntas:

1. O funcionamento intelectual é significativamente inferior à média?
2. Com manifestação antes dos dezoito anos?
3. Limitações associadas a **duas ou mais** áreas de habilidades adaptativas, tais como:
 - a) comunicação
 - b) cuidado pessoal
 - c) habilidades sociais
 - d) utilização dos recursos da comunidade
 - e) saúde e segurança
 - f) habilidades acadêmicas
 - g) lazer
 - h) trabalho

6 - Médico(a) responsável pela avaliação

Nome: _____ CRM nº _____

Local de atendimento: _____

() Municipal () Estadual () Federal () Rede credenciada ao SUS

Endereço: _____ nº _____

Telefone: _____ Data de atendimento: _____ de _____ de _____.

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, estando ciente da responsabilidade cível e criminal nos termos da legislação em vigor e daquela decorrente da possível infração aos dispositivos estabelecidos na Resolução nº 1.246/88 do Conselho Federal de Medicina (Código de Ética Médica).

Carimbo e assinatura do médico

Este documento tem validade de 60 (sessenta) dias a contar da data do atendimento.