

## ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS (preenchido pelo médico)

Lei nº 13.898, de 24/07/01, Decreto nº 5.737, de 21/03/03, com alterações posteriores.

Nome do Beneficiário:		
RG:	Local do Exame:	Data:

Atestamos para a finalidade de concessão de gratuidade no Sistema de Transporte Coletivo Rodoviário Intermunicipal de Passageiros do Estado de Goiás, que o requerente retroqualificado possui a(s) deficiência(s) permanente(s) abaixo assinalada(s).

TIPO DE DEFICIÊNCIA (De acordo com o Art. 4º do Decreto 7025, de 13/11/2009)	CID
<b>Inciso I – DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> - 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;	(preencher com códigos)
<b>Inciso II – DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> - 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;	(preencher com códigos)
<b>Inciso III – DEFICIÊNCIA VISUAL</b> - 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;	(preencher com códigos)
<b>Inciso IV – DEFICIÊNCIA INTELECTUAL</b> - 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) lazer, h) trabalho.	(preencher com códigos)
<b>Inciso V – DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</b>	(preencher com códigos)

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

Assinatura	Assinatura
------------	------------

**Médico ou Assistente Social**

**Médico**

Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO MÉDICO**

CID: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA/ CARIMBO**