



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ESTRADAS DE RODAGEM E TRANSPORTES – DER/RO
ATESTADO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA EXCLUSIVO PARA A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO
“PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL”

LEI N 1.307 DE 15.01.2004 E DECRETO N° 26.294, DE 06 DE AGOSTO DE 2021

LOCAL DO EXAME: _____ DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERIMENTO E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:				
Data de Nascimento	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	
Identidade	Órgão Emissor:	UF:		
Mãe:				
Pai:				

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO REQUERENTE

Endereço:	
Setor:	
Cidade	UF:
CEP:	Telefone:

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte coletivo intermunicipal de passageiros, que o requerente retro qualificado possui a **DEFICIÊNCIA** abaixo assinalada, nos termos do Decreto N° 26.294, DE 06 DE AGOSTO DE 2021.

A **DEFICIÊNCIA** deve ser atestada por equipe multiprofissional da rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, anexando-se os respectivos exames complementares nos moldes do art. 9º do decreto N° 26.294, DE 06 DE AGOSTO DE 2021.

A marcação da deficiência é de total responsabilidade dos servidores do Sistema Único de Saúde – SUS e a falsa declaração sujeitará ao infrator os rigores da lei nos moldes do **Decreto Lei N° 2.848 de 07 de Dezembro de 1940**.

Instruções: Para fins de concessão do benefício da gratuidade no transporte intermunicipal de passageiros, o requerente deve possuir uma das deficiências abaixo elencadas, a marcação errônea da deficiência acarretará a negativa do pedido.

Em caso de necessidade de acompanhante, nos moldes da Lei 3.080/2013 usar o campo observações para a solicitação.

Marque “X” em uma das seguintes opções (vide verso):

Deficiência física: CID : _____

Paraplegia	Monoplegia
Paraparesia	Monoparesia
Tetraplegia	Triparesia
Tetraparesia	Hemiparesia
Triplegia	Paralisia cerebral
Ostomia	Hemiplegia
Amputação ou ausência de membro	Nanismo
Membros com deformidade congênita ou adquirida	

Deficiência auditiva: CID: _____

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 visual: CID: _____

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;
--

Deficiência mental: CID: _____

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.
--

Outras deficiências: CID: _____

Que necessitam de tratamento em localidade diferente da residência do requerente: -Local do tratamento: _____ -Duração do tratamento: _____

Descrição da deficiência e observações gerais:

Assinatura	Assinatura
Carimbo e Registro no Conselho Profissional	Carimbo do médico e Registro no CRM