

**ANEXO ÚNICO**

**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”**

LOCAL DO EXAME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERIMENTO E DADOS COMPLEMENTARES**

Nome:			
Data de Nascimento:	Sexo:	Masculino	Feminino
Identidade:	Órgão Emissor:	UF:	
Mãe:			
Pai:			

**ENDEREÇO RESIDENCIAL DO REQUERENTE**

Endereço:	
Setor:	
Cidade:	UF:
CEP:	Telefone:

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

A **DEFICIÊNCIA** deve ser atestada por equipe multiprofissional da rede de serviços de saúde do SUS, anexando os respectivos exames complementares nos moldes do art. 9º deste Decreto.

A marcação da deficiência é de total responsabilidade dos servidores do SUS e a falsa declaração sujeitará ao infrator os rigores da Lei nos moldes do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

**Em caso de necessidade de acompanhante, usar o campo observações para a solicitação.**

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 estadual que regulamenta a concessão de Passe Livre às pessoas idosas e com deficiência no sistema de transporte intermunicipal de passageiros, previsto na Lei nº 1.307, de 2004.

Marque "X" em uma das seguintes opções:

Deficiência física:	CID:
Paraplegia	Monoplegia
Paraparesia	Triparesia
Tetraplegia	Hemiparesia
Tetraparesia	Paralisia cerebral
Ostomia	Nanismo
Amputação ou ausência de membro	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 60° 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 necessitem de tratamento em localidade diferente da residência do requerente: - Local do tratamento: _____ - Duração do tratamento: _____

**Descrição da deficiência e observações gerais:**

<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>
<b>Carimbo e Registro no Conselho Profissional</b>	<b>Carimbo do médico e Registro no CRM</b>