

# CARTEIRA SINDPASSE - RENOVAÇÃO

## FORMULÁRIO 3 – ATESTADO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

CONCESSÃO DE GRATUIDADE NO TRANSPORTE INTERMUNICIPAL DE PASSAGEIROS  
Lei Estadual nº. 21.121, de 03/01/14 e Decreto nº 46.434, de 29/01/14.

### ATESTADO PARA RENOVAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome (pessoa com deficiência):		Data Nascimento:	
CPF:	Sexo: ( ) M ( ) F	Identidade - RG:	Órgão: UF:

**EXAME MÉDICO: Diagnóstico – Pessoa com Deficiência** (campos de preenchimento obrigatório).

**Lauda Médico-Pericial:** Descrever, detalhadamente e de forma legível, a DEFICIÊNCIA diagnosticada na pessoa, que gere incapacidade para o desempenho de atividade, nos termos da Lei Estadual nº 13.465, de 12.1.00, e do Decreto Federal nº 3.298, de 20.12.99, conforme os parâmetros listados no verso. Esclarecer tempo de instalação da deficiência, exames realizados e outros dados pertinentes.

**Atesto que o(a) requerente, para fins de gratuidade** no Sistema de Transporte Coletivo Rodoviário Intermunicipal de Passageiros no Estado de Minas Gerais, assegurada pela Lei Estadual nº 21.121, de 03.1.14, foi diagnosticado com a deficiência permanente abaixo especificada:

<input type="checkbox"/>	Deficiência Física	CID-10: _____			
		<b>DÉFICIT FUNCIONAL EXISTENTE:</b>	_____		
<input type="checkbox"/>	Deficiência Auditiva	CID-10: _____			
		<b>PERDA AUDITIVA MENSURADA</b>			
		<b>(ANEXAR AUDIOMETRIA):</b>	_____		
<input type="checkbox"/>	Deficiência Mental	CID-10: _____			
<input type="checkbox"/>	Deficiência Visual	CID-10: _____	Acuidade Visual: OD: ____ / ____ OE: ____ / ____		
			Campo Visual: OD: ____ / ____ OE: ____ / ____		
<input type="checkbox"/>	Deficiência Múltipla	CID-10: _____			(Listar todas acima)

**Anexar e discriminar, quando houver, exames comprobatórios da patologia atestada:**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do médico), portador do CRM nº \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, **ATESTO** que a pessoa acima foi diagnosticada como portadora de DEFICIÊNCIA PERMANENTE.

Afirmo que sou profissional médico especializado na área médica pertinente ao tipo de deficiência apresentada pelo(a) paciente acima. Especialidade Médica \_\_\_\_\_. Declaro ainda que sou profissional de saúde integrante do SUS – Sistema Único de Saúde (Lei nº.21.121/14) na Unidade \_\_\_\_\_ conforme registro CNES número \_\_\_\_\_.

Local	Data de Expedição do Atestado	Médico
		Carimbo c/CRM e especialidade

**Observações:**

1. A deficiência deve ser atestada por profissional responsável pela área correspondente à patologia diagnosticada.
2. O formulário deve ser firmado por profissional de saúde comprovadamente pertencente à entidade integrante do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 21.121/14).

**ENTREGA DO KIT AO SINDPAS:**

**ENDEREÇO DO ATENDIMENTO PRESENCIAL OU ENVIO DO KIT PELOS CORREIOS:**

**SINDPASSE - Espaço Cidadania da ALMG**

**Rua Martim de Carvalho, 94 - Santo Agostinho - CEP 30190-090 - Belo Horizonte - Minas Gerais (atrás do Palácio da Inconfidência, sede da ALMG).**

**Atendimento, em dias úteis, das 9hs às 12hs e de 13hs às 17hs.**

**Dúvidas poderão ser esclarecidas através do telefone (31) 3343-7320 (Atendimento em dias úteis, das 9hs às 17:30hs).**

### FORMULÁRIO 3 – ATESTADO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA) (verso)

É considerada pessoa com deficiência, nos termos da Lei Estadual nº 13.465, de 12.1.00, e do Decreto Federal nº 3.298, de 20.12.99, a que se enquadra nas seguintes categorias:

**I - 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;

**II - 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;

**III - 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;

**IV - deficiência mental** – 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: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

**V - deficiência múltipla** – associação de duas ou mais deficiências.