



GOVERNO DE BRASÍLIA
**SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, IGUALDADE
 RACIAL E DIREITOS HUMANOS**
 Coordenação de Promoção de Direitos de Pessoas com Deficiência

	Número do cadastro Preenchido Peça Gerência
--	--

LAUDO MÉDICO/FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DO PASSE LIVRE

Preenchido pelo requerente

Nome: _____ Sexo: _____
 CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
 Tel.: _____ Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ CEP: _____

É obrigatório trazer documentos originais com cópias: **RG, CPF, Laudo Médico, comprovante de Renda, comprovante de Residência**

* Afirmo que as informações acima são verdadeiras e assumo as responsabilidades sob pena das leis em caso contrário.

* Tenho conhecimento que conforme a legislação é necessário o recadastramento a cada dois anos (no mesmo mês).

Brasília _____ de _____ de 20_____

Assinatura do requerente

Atesto, para fins de obtenção do benefício de passe livre, para o uso do transporte público do Distrito Federal, que o(a) Sr.(a) acima qualificado apresenta a(as) seguinte(s) deficiência(as).

Grau da Deficiência:	Nível de autonomia:	CID (10):
* Leve () * Moderada () * Grave ()	* Temporária () * Permanente ()	* Parcial () * Nula () * Total ()

Necessita de acompanhante? Não () Sim () Em caso de <<Sim>> Justifique: _____

Deficiência auditiva: Anexar o exame de audiometria Tonal (leis 566/93; 4317/09)

Deficiência visual: Anexar o exame de acuidade visual com correção ou campimetria (Leis 566/93; 4317/09)

Deficiência intelectual: Laudo especificando o grau de convivência social e nível cognitivo (Leis 566/93; 4317/09)

Cardiopatia (ICC): Anexar o ecocardiograma DOOPLER (Lei 4887/12)

Insuficiência renal crônica: em diálise (Lei453/93)

Pessoa com HIV, Anemia falciforme ou Talassemia e Hemofilia: em caso de câncer, anexar biópsia (Lei 733/94)

Deficiências físicas: Se houver, assinalar:

Paraplegia	Amputação ou ausência de membro (especificar o membro)	Assinalar a ausência dos dedos das mãos e dos pés
Paraparesia		A. Ao nível ou acima do corpo
Monoplegia		B. Primeiro quirodáctilo; desde que atingida à falange próxima
Monoparesia	Perda de segmento do membro (especificar o nível)	C. Dois quirodáctilos; desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles
Tetraparesia		D. Segundo quirodáctilo desde que atingida a falange proximal
Tetraparesia		E. Três ou mais falanges de três ou mais quirodáctilos
Triplegia	Encurtamento de membro inferior maior que 4 cm (anexar a escanometria)	F. Ao nível ou acima do tarso
Triparemia		G. Primeiro pododáctilo desde que atingida a falange proximal
Paraplegia		H. Dois pododáctilos desde que atingida a falange proximal em ambos
Hemiparesia	Membros com deficiência congênita ou adquirida: <<Exceto as estéticas e as que não produzem dificuldade para a Função>>	I. Três ou mais falanges de três ou mais pododáctilos
Ostomia		Informações adicionais:
Paralisia cerebral		
Nanismo		

Assinatura do Médico Especialista

espaço para o carimbo e anotações do médico