



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 Pela 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 ()

* Temporária ()

* Parcial ()

* Moderada ()

* Permanente ()

* Nula ()

* Grave ()

* 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 (Lei 453/93)

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 carpo
Monoplegia	Perda de segmento do membro (especificar o nível)	B. Primeiro quirodáctilo; desde que atingida à falange próxima
Monoparesia		C. Dois quirodáctilo; desde que atingida a falange proximal em pelo menos um deles
Tetraplegia		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
Tri paresia		G. Primeiro pododáctilo desde que atingida a falange proximal
Paraplegia	Membros com deficiência congênita ou adquirida: <<Exceto as estéticas e as que não produzem dificuldade para a Função>>	H. Dois pododáctilo desde que atingida a falange proximal em ambos
Hemiparesia		I. Três ou mais falanges de três ou mais pododáctilos
Ostomia		Informações adicionais:
Paralisia cerebral		
Nanismo		

Preenchido pelo médico

Assinatura do Médico Especialista

espaço para o carimbo e anotações do médico