

## "BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA"

NÚMERO DE SOLICITAÇÃO: **D133663**

### 1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome: ALEXSANDRO ALVES LINS		
Nome da mãe: HELENA ALVES PONTAL LINS		Data de Nascimento: 03 / 02 / 1988
End.: R PORTO SEGURO		Nº: 211 Complemento: CASA 02
CEP: 08564-400	Município: POÁ	Tel: (11)46397902
CPF: 230.627.508-47	RG/RNE: 329709586	Órgão emissor RG: SSP
Email:		

### 2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

Nome: Centro de Saúde TITO FUGA		
End.: R. Maria Helena		Nº: 159 Complemento:
Município: Poá		CEP: 08560-210
CNES: 2773821	CNPJ: 55.021.455/0001-85	Telefone: 4636 0889
Nome do médico: Jaime Escalante		CRM: 82668
Especialidade do médico: Neurologia		

### 3. DIAGNÓSTICO:

CID 10:	Diagnósticos	CID 10:	Diagnósticos
F06	transtorno mental	F72	Deficiência mental
g40.0	Epilepsia		

### 4. LIMITAÇÕES:

#### LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:

- |                  |   |  |
|------------------|---|--|
| ( ) Auditiva     | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sensorial             | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Mental (percepção, atenção, memória, orientação,...) |
| ( ) Visual       | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Intelectual/Cognitiva | ( ) Não apresenta limitações   |
| ( ) Respiratória | ( ) Motora  |  |

#### LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES:

- |   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Autocuidado/Atividades de vida diária | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Comunicação                              | ( )                          |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Convívio social                       | ( ) Mobilidade   |                              |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Relações e interação interpessoal     | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Aprendizagem e aplicação de conhecimento | ( ) Não apresenta limitações |

### 5. EXAME CLÍNICO COM A DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS E/OU SEQUELAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Paciente com CID F06

g40

F72

soluções Bilhete único e acompanhante

ATESTO, para fins de solicitação de concessão do "Bilhete Único Especial - Pessoa com Deficiência", que o solicitante acima qualificado e identificado nesta data, é possuidor da deficiência, classificada com a respectiva CID 10 e os comprometimentos descritos no presente Relatório Médico, apresentando os laudos dos exames (anexo), conforme previsto nas normas reguladoras vigentes.

Assinatura do Solicitante

25 SET. 2020

Data de emissão

Assinatura do Médico e Carimbo com Nome e CRM legíveis

Dr. Jaime Escalante  
CRM 82668