

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE  
Lei nº 8.899, de 29/06/94 e Decreto nº 3.691, de 19/12/00

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: \_\_\_\_\_

Local do Exame: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado e que se identificou, possui a deficiência permanente abaixo assinalada, **(vide definições no verso)**:

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doenças
Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência mental <input type="checkbox"/> Deficiência/incapacidade de enquadramento no CID renal crônico e /ou ostomizados <input type="checkbox"/>	CID-10: (Preencher com tantos códigos quantos sejam necessários)

Limiar auditivo OD: \_\_\_\_\_ dB OE: \_\_\_\_\_ dB

Acuidade visual OD: \_\_\_/\_\_\_ OE: \_\_\_/\_\_\_ ou Campo visual: \_\_\_\_\_° (Snellen)

Áreas de limitação conforme do art. 1º - item IV **(vide verso)**:

a  b  c  d  e  f  g  h

Assinatura	Assinatura
Carimbo e Registro no Conselho Profissional	Carimbo e Registro no CRM