

“BILHETE ÚNICO ESPECIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

NÚMERO DE SOLICITAÇÃO: _____

1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:		
Nome da mãe:		Data de Nascimento: / /
End.:	Nº:	Complemento:
CEP:	Município:	Tel:
CPF:	RG/RNE:	Órgão emissor RG:
Email:		

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

Nome:		
End.:		Nº: Complemento:
Município:		CEP:
CNES:	CNPJ:	Telefone:
Nome do médico:		CRM:
Especialidade do médico:		

3. DIAGNÓSTICO:

CID 10:	Diagnósticos	CID 10:	Diagnósticos

4. LIMITAÇÕES:

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:

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

LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES:

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

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

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	/ / Data de emissão	_____ Assinatura do Médico e Carimbo com Nome e CRM legíveis
------------------------------------	------------------------	---