



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

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

É obrigatória 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 mês de aniversário).

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:

*Leve () *Temporária ()
*Moderada () *Permanente ()
*Grave ()

Nível de autonomia:

*Parcial ()
*Nula ()
*Total ()

CID (10):

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)

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

Insuficiência renal crônica: em diálise (Lei 453/93)

Pessoas com HIV, Anemia falciforme ou Talassemia e Hemofilia: em caso de câncer, anexar biopsia (Lei 773/94)

Deficiência física: Se houver, assinalar:

Paraplegia	Amputação ou ausência de membro (especificar o membro)	Assinalar a ausência parcial 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 proximal
Monoparesia		C. Dois quirodáctilos; 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 4cm (anexar a escanometria)	F. Ao nível ou a cima do tarso
Triparesia		G. Primeiro pododáctilo desde que atingida a falange proximal
Paraplegia		H. Dois pododáctilos desde que atingida a falange proximal em ambos
Hemiplegia	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
Hemiparesia		Informações adicionais:
Ostomia		
Paralisia Cerebral		
Nanismo		

Assinatura do Médico Especialista

espaço para o carimbo e anotações do médico

Preenchido pelo requerente

Preenchido pelo médico