

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO
“BILHETE ESPECIAL – PESSOA COM DEFICIÊNCIA”

1. DADOS DO SOLICITANTE:

NÚMERO E ANO DA SOLICITAÇÃO: ____/____

Nome		
Nome da mãe:	Data de Nascimento	
ENDEREÇO:	Nº	
CEP:	Município: Francisco Morato	TEL :
CPF	RG	Órgão emissor: SSP Data de Expedição
Email:		

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	Diagnósticos

4. LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:

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

4. LIMITAÇÕES PARA ATIVIDADES:

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

5. ENFERMIDADE É CONSIDERADA GRAVE E IRREVERSÍVEL:

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
DESCREVER: (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	

6. ENFERMIDADE COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO E DA INDEPEDÊNCIA:

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
DESCREVER: (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	

7. EXAME CLÍNICO COM A DESCRIÇÃO DOS COPROMETIMENTOS E/OU SEQUELAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

ATESTO, para fins de solicitação de concessão do "Bilhete 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 na legislação vigente.

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

*Preenchimento obrigatório de todos os campos.