



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
**SECRETARIA DA JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS / SJDH**  
**SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA/SUDEF**



**CONCESSÃO DO PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL DO ESTADO DA BAHIA**  
Lei nº 12.575 de 26 de abril de 2012 / / Decreto Nº 20.230 DE 15 de fevereiro de 2021.

**ATESTADO DA EQUIPE MÉDICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS**

REQUERENTE \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui impedindo de quaisquer natureza que acarreta a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (Art. 4 do decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo art. 70 do Decreto 5.296, de 02 de dezembro de 2004).

| <b>Tipo de Deficiência</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |               |            | <b>CID 10</b><br>Obrigatório indicar conforme definição   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, <u>acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de</u> paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparisia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, <b>exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</b>                                                                                                                                                                                                                                       |              |               |            |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b> – <u>perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis</u> (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |               |            |                                                           |
|                                                           | FREQUÊNCIAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 500Hz        | 1.000Hz       | 2.000Hz    | 3.000Hz                                                   |
|                                                           | Ouvido Direito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | = ..... dB   | = ..... dB    | = ..... dB | = ..... dB                                                |
|                                                           | Ouvido Esquerdo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | = ..... dB   | = ..... dB    | = ..... dB | = ..... dB                                                |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 <b>no melhor olho, com a melhor correção óptica</b> ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |               |            |                                                           |
|                                                           | <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Olho Direito | Olho Esquerdo |            |                                                           |
|                                                           | Acuidade Visual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | .....        |               |            | .....                                                     |
|                                                           | Campo Visual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | .....        |               |            | .....°                                                    |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIA MENTAL</b> – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho.<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"><span><input type="checkbox"/> a</span><span><input type="checkbox"/> b</span><span><input type="checkbox"/> c</span><span><input type="checkbox"/> d</span><span><input type="checkbox"/> e</span><span><input type="checkbox"/> f</span><span><input type="checkbox"/> g</span><span>h</span></div> |              |               |            |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |               |            |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |               |            |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | <b>OUTRAS DEFICIÊNCIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |               |            |                                                           |
| <b>Local:</b> _____<br><b>Data:</b> _____ / _____ / _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |               |            | <b>Assinatura</b> _____<br><b>Carimbo registro do CRM</b> |



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
**SECRETARIA DA JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS / SJDH**  
**SUPERINTENDÊNCIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA/SUDEF**



**CONCESSÃO DO PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL DO ESTADO DA BAHIA**  
Lei nº 12.575 de 26 de abril de 2012 / Decreto Nº 20.230 DE 15 de fevereiro de 2021.

**REQUERENTE:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

Apresentamos para a finalidade de concessão de gratuidade dos serviços de transporte Intermunicipal coletivo de passageiros, relatório médico detalhado e histórico da deficiência e da incapacidade permanente do requerente acima qualificado.

Afirmo sob as penas da Lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

**RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA**

A) O relatório deverá caracterizar a deficiência permanente levando em conta as definições e informar o histórico da deficiência:

B) Declarar a imprescindibilidade da presença de acompanhante para a locomoção do beneficiário:

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Carimbo e Registro do CRM**