



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais

Formulário Médico
Isenção Tarifária do Transporte Coletivo Municipal
VEM - São José
Lei Municipal nº 4.002, de 27 de junho de 2022

NOME: _____ NASC: ____/____/____

Atestamos que o requerente acima, possui:

TIPO DE DEFICIÊNCIA ¹					CID
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA				
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA				
	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL				
		Olho Direito		Olho Esquerdo	
	Acuidade Visual				
	Campo Visual				
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA INTELECTUAL				
<input type="checkbox"/>	AUTISMO (TEA)				

1. O campo de deficiências deve ser preenchido por médicos do Sistema Único de Saúde, utilizando a primeira coluna para assinalar com "X" o tipo de deficiência diagnosticada no paciente, bem como registrar na última coluna o CID da referida deficiência.

Ou realiza tratamento na Instituição: _____

PATOLOGIA CRÔNICA ²		CID
<input type="checkbox"/>	INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, em terapia renal substitutiva de hemodiálise	
<input type="checkbox"/>	NEOPLASIA (Câncer), em tratamento de quimioterapia ou radioterapia	
<input type="checkbox"/>	TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, em tratamento continuado, em serviço-dia (Hospital-dia, Núcleo de Atenção Psicossocial, Escolas de Educação Especial que atendem condutas típicas, Serviços Residenciais Terapêuticos e Oficinas Terapêuticos);	
<input type="checkbox"/>	HIV / AIDS, em tratamento continuado em serviço Hospital - Dia;	
<input type="checkbox"/>	FIBROSE CÍSTICA (mucoviscidose), em atendimento continuado;	
<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA, em tratamento;	
<input type="checkbox"/>	ESCLEROSE MÚLTIPLA em tratamento;	
<input type="checkbox"/>	DOENÇA DE CROHN	

Frequência: []seg []ter []qua []qui []sex []sab []dom Tratamento até: ____/____/____

2. O campo de patologias crônicas deve ser preenchido exclusivamente pelo médico da Instituição de tratamento, utilizando a primeira coluna para assinalar com "X" o tipo de patologia diagnosticada no paciente, bem como registrar na última coluna o CID da referida patologia.

Necessidade de Acompanhante: []Não []Sim - Justifique: _____

Assinatura e Carimbo Médico _____

_____, ____/____/20____

Nome do Acompanhante: _____

RG: _____

CPF: _____

Anexar cópias dos documentos