

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO
BILHETE ÚNICO ESPECIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NÚMERO DE SOLICITAÇÃO: _____

1. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome:		
Nome da Mãe:		
End.:	Nº:	
Complemento:	Município:	CEP:
Telefone:	CPF:	Data de Nascimento: / /
RG/RNE:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição: / /
Email:		

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

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

3. DIAGNÓSTICO:

CID 10:	Diagnósticos	CID 10:	Diagnósticos

4. LIMITAÇÕES:

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS:		
() Auditiva	() Sensorial	() Mental (percepção, atenção, memória, orientação,...)
() Visual	() Intelectual / Cognitiva	() Não apresenta limitações
() Respiratória	() Motora	
LIMITAÇÃO PARA ATIVIDADES:		
() Autocuidado	() Atividades de vida diária	() Aprendizagem e aplicação de Conhecimento
() Convívio social	() Relações e interação interpessoal	() Não apresenta limitações para atividades
() Comunicação	() Mobilidade	

5. EXAME FÍSICO COM A DESCRIÇÃO DOS COMPROMETIMENTOS (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO)

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