ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SUPERINTENDÊNCIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES PÚBLICOS

CONCESSÃO DE GRATUIDADE PARA PASSAGEIROS PCD DO SISTEMA DE TRANSPORTE URBANO DE PASSAGEIROS POR ÔNIBUS CAMPINA GRANDE - PB

Requerente: _____

Local do exame: _____, Data_____/_____/_____

Atesto, para a finalidade de concessão de credencial de estacionamento para vaga destinada a pessoa com necessidade especial, que o requerente acima qualificado e que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente e/ou temporária, abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (Art. 2º da Lei 10.690/2003).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente / temporária devem ser atestados por profissional responsável pela área correspondente a necessidade e/ou deficiência.
Afirmo, sob as penas da Lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

	TIPO DE DEFICIÊNCIA	CID 10 Obrigatório indicar conforme definição
☐	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, **acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de** paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, **exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.**	
☐	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;	

FREQUENCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB
Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB

☐	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; 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 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.			
	DEFICIÊNCIA VISUAL:	Olho Direito	Olho Esquerdo	
	Acuidade Visual:	.....	.....	
	Campo Visual:	.....º	.....º	
☐	**DEFICIÊNCIA MENTAL** – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, **com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptivas,** 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. ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H			

☐ **OUTROS**

☐ **NECESSITA ACOMPANHANTE**

Assinatura:	Carimbo e registro no CRM

Obrigatória assinatura de médico com especialidade na área da deficiência