



SECRETARIA
DA ASSISTÊNCIA SOCIAL,
TRABALHO E DIREITOS
HUMANOS - SASC

SECRETARIA
PARA INCLUSÃO
DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA - SEID



Uso interno, não preencher:

Cad. n° _____.

Cart. n° _____.

Série n° _____.

CONCESSÃO DO PASSE LIVRE CULTURA
Lei Estadual nº 6.194, de 13 de março de 2012 e Decreto 15.995 de 07 de abril de 2015

ATESTADO DE DEFICIÊNCIA PERMANENTE

O laudo de avaliação médica deverá ser firmado por médico inscrito no Conselho Regional de Medicina

Nome: _____ Data: _____ RG: _____
(Pessoa com Deficiência Permanente) (Nascimento) (Identidade)

Exame Médico: Diagnóstico da deficiência permanente (campos de preenchimento obrigatório).

1 – Laudo Médico: Descrever a DEFICIÊNCIA do beneficiário

2 – Favor informar: **SIM**, caso o solicitante necessite de acompanhante ou **NÃO**, caso não necessite de acompanhante

Atestamos que o (a) requerente para a gratuidade do Passe Livre Cultura no Estado do Piauí, **possui a deficiência permanente abaixo assinalada.**

Deficiência Física:	<input type="checkbox"/>	CID:-.....
Deficiência Auditiva:	<input type="checkbox"/>	CID:-.....
Deficiência Intelectual/Mental:	<input type="checkbox"/>	CID:-.....
Deficiência Visual:	<input type="checkbox"/>	CID:-.....Acuidade Visual OD:...../.....OE:...../..... Campo Visual OD:...../.....OE:...../.....
Deficiência Múltipla/ Autismo/Síndrome Similares:	<input type="checkbox"/>	CID:-.....

Observação: A deficiência permanente deve ser atestada por médico responsável pela área correspondente à deficiência diagnosticada, nos parâmetro do artigo 4º do Decreto Federal nº 3.298/99, com as alterações inseridas no Decreto Federal 5.296/04 e a Convenção da ONU, **anexando-se os respectivos exames complementares.**

Atestado Médico

_____	_____	_____
Local	Data de expedição do atestado	Data da homologação
_____	_____	_____
Médico Carimbo c/CRM	SEID - Assinatura e Carimbo	

Todos os campos do formulário devem ser preenchidos corretamente pelos médicos de forma legível.