



LAUDO MÉDICO				
Para Isenção Tarifária no Transporte Intermunicipal Lei Estadual nº18.419, 07/01/2015				
Nome do beneficiário:			Data Avaliação: __/__/____	
Data de nascimento: __/__/____	Sexo: F () M ()	RG:	CPF:	
Descrição evolutiva do Quadro Clínico com CID/CIF:				
Deficiência Física Assinalar a Deficiência Física: <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Paraparesia <input type="checkbox"/> Monoplegia <input type="checkbox"/> Monoparesia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Paralisia Cerebral <input type="checkbox"/> Triplegia <input type="checkbox"/> Triparesia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membros <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Tetraparesia <input type="checkbox"/> Membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. <input type="checkbox"/> Outra: _____				
Deficiência Auditiva				
Frequências	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz
Ouvido Direito	_____ dB	_____ dB	_____ dB	_____ dB
Ouvido Esquerdo	_____ dB	_____ dB	_____ dB	_____ dB
Deficiência Visual	Olho Direito		Olho Esquerdo	
Acuidade Visual				
Campo Visual				
Deficiência Intelectual				
Associar as limitações associadas nas áreas de habilidades adaptativas: <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Cuidado Pessoal <input type="checkbox"/> Habilidades Sociais <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Saúde e Segurança <input type="checkbox"/> Habilidades Acadêmicas <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade				
Patologias Crônicas (pacientes que estejam em tratamento, fora do município de sua residência – Lei Estadual nº 18.419/2015 – Art. 80) Assinalar a Patologia Crônica: <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Crônica <input type="checkbox"/> Doença de Crohn <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Transtornos Mentais Graves <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Mucoviscosidade <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Esclerose Múltipla				
INFORMAR LOCAL DE TRATAMENTO E MUNÍCIPIO: _____				
Há necessidade de acompanhante?		Laudo Permanente: Sim () Não ()		
<input type="checkbox"/> Sim/Justifique. (Obrigatória a presença do acompanhante para o uso do benefício – Resolução 427/2017) <input type="checkbox"/> Não/Justifique.				
Assinatura e Carimbo:		Nome do médico:		
CRM:				