



LAUDO MÉDICO DE AVALIAÇÃO



CONCESSÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE TRANSPORTE INTERMUNICIPAL E REGIÕES METROPOLITANAS, À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA OU DE PATOLOGIA CRÔNICA E SEU ACOMPANHANTE LEI Nº 11.911/1997 DECRETO Nº 4.742 DE MAIO/2009

NOME DO BENEFICIÁRIO:		IDADE:	
ESTADO CIVIL:	SEXO:	RG:	CPF:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		Nº	APTO:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:		
TELEFONE PARA CONTATO: BENEFICIÁRIO ()		ACOMPANHANTE ()	
LOCAL DE TRATAMENTO:		MUNICÍPIO:	
HISTÓRICO /PATOLOGIA DA DOENÇA (SINTOMAS E EXAMES)			
HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE? JUSTIFIQUE:			
NOME DO ACOMPANHANTE:			
RG:		CPF:	
LAUDO: () PERMANENTE () VALIDO ATÉ ____/____/____			
DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____			
NOME DO MÉDICO:			
ASSINATURA:		CRM:	

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- O laudo deverá ser preenchido pelo médico da rede assistencial do SUS do Estado do Paraná
- O laudo de avaliação somente será preenchido mediante a apresentação de atestado médico comprovante da patologia que provou deficiência, com CID 10 e devidamente assinado e carimbado pelo médico especialista assistente
- Beneficiário deverá ter renda igual ou inferior a 1 ½ salário mínimo Nacional

PATOLOGIAS CRÔNICAS POSSÍVEIS DE CONCESSÃO:

1. Insuficiência Renal Crônica, e em TRS (Terapia Renal Substitutiva)
2. Câncer, em tratamento de quimioterapia e radioterapia
3. Transtornos mentais graves, em tratamento continuado
4. Portadores de HIV, em tratamento continuado em serviço/dia
5. Mucoviscidose, em tratamento
6. Hemofilia, em tratamento
7. Esclerose múltipla, em tratamento