



FORMULÁRIO DE CONCESSÃO DO PASSA FÁCIL

Decreto nº 1.128/110 e Art. 261 da LOMAN



NOME DO PACIENTE

CARIMBO DA UNIDADE DE SAÚDE

ESCOLARIDADE:

CADEIRANTE: SIM NÃO

ESTADO CIVIL: Solteiro(a) Casado(a) Viúvo(a) Divorciado(a)

Telefone(s): _____

Atesto, para fins de concessão gratuidade no transporte coletivo de passageiros que o(a) requerente acima indicado(a) possui deficiência e/ou patologia, conforme abaixo assinalada:

Tipo de Deficiência / Patologias

CID
(Obrigatório)

Física

Auditiva

Limiar Auditivo
(Obrigatório)

od	oe
db	db

Visual

Acuidade
(Obrigatório) →

Campo →

od	oe
od	oe

Mental

Renal Crônico

Neoplasia Maligna

HIV / AIDS

Hipertensão Maligna

Cardiopatia Crônica

Hepatopatia Crônica

Colostomia

Tratamento Reabilitatório

Previsão de Reabilitação (Obrigatório)



FORMULÁRIO DE CONCESSÃO DO PASSA FÁCIL

Decreto nº 1.128/110 e Art. 261 da LOMAN



Parecer Médico

NOME DO PACIENTE

Carimbo, assinatura, CRM, data e
Especialidade Médica

Parecer do Diretor da Entidade Educacional Especializada

(Somente para alunos de Escolas Especializadas)

Uso exclusivo do IMMU (Cadastro)

Data: ____/____/____ Matricula: _____ Responsável: _____