



Laudo Médico - Passe Livre

FINALIDADE

Para fins de concessão de gratuidade no sistema de transporte coletivo urbano de passageiros deste Município, mediante apresentação do cartão Bonfim Card Especial, destinado aos portadores de Deficiência Física, Auditiva, Visual, Múltipla, Transtornos do Espectro Autista - TEA e similares, em conformidade com a Lei Municipal nº 3.764, de 03 de julho de 2018, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 10.965, de 05 de julho de 2018.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME: Rosângela Maria Passoni		NASC: 27/10/1964
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	RG: 077958009	CPF: 956416107-04
E-MAIL: Rosangela.Passoni@gmail.com		
ENDEREÇO: RUA: PAZ e BOM 96		Nº: 96
CIDADE: ANGRA DOS REIS		PAIRRO: PANORAMA GRANDE
CIDADE/JF.: RJ		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME: Eduardo Bruno de Oliveira	CRM.: 5284765-3
LOCAL DE ATENDIMENTO:	TELEFONE: 3377 9293

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE

SIM NÃO

UTILIZA CADEIRA DE RODAS, APARELHAGEM ORTOPÉDICA OU PRÓTESE:

SIM NÃO

Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental.

Outros: _____

NECESSITA DE ACOMPANHANTE PARA DEAMBULAR:

SIM NÃO

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatorio)

UTILIZA CADEIRA DE RODAS, APARELHAGEM ORTOPÉDICA OU PRÓTESE?

SIM NÃO

Período previsto da restrição médica: _____ a _____

NECESSITA ACOMPANHANTE PARA DEAMBULAR:

SIM NÃO

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

**Fibromialgia, síndrome artrose, disostose degenerativa
 Síndrome Miofascial e deficit de ambulação**

Observações: CID-10: **4797**

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo afetada, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante.

Todos os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados, de fácil leitura.

Em casos de mobilidade reduzida temporária, o Órgão Gestor de Transporte e Trânsito emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O Órgão Gestor de Transporte e Trânsito se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a solicitação do Bonfim Card Especial (PASSE LIVRE), se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas tem como finalidade atender a Lei Municipal nº 3.764, de 03 de julho de 2018, regulamentada pelo Decreto Municipal nº 10.965, de 05 de julho de 2018.

O solicitante se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Angra dos Reis, **24** de **Julho** de **2025**

Dr. Eduardo Bruno de Oliveira
 Médico de Família e Comunidade
 CRM-RJ 5284765-3
 ROE 42594

Assinatura e CRM do Médico

Autorizo a divulgação de informações médicas a meu respeito, citadas neste laudo, para finalidade de obtenção do CARTÃO BONFIM CARD ESPECIAL (PASSE LIVRE).