

**ATESTADO MÉDICO**

**Portaria SMT. DSV 01/18, Decreto 58.584/18 e Decreto 58.604/19**

**1. Dados do requerente**

Nome:	
Data de nascimento:	Telefone:
RG:	CPF:

**2. Preencher se pessoa com deficiência**

<b>Deficiência intelectual ( )</b>		<b>Deficiência mental ( )</b>	
CID:		CID:	
<b>Deficiência visual ( )</b>			
CID H54.0 ( )	CID H54.1 ( )	CID H54.2 ( )	
<b>Deficiência Física ( )</b>			
Permanente ( )	Provisória ( )	Período:	
<b>CID</b> referente ao comprometimento de deambulação:			

**3. Preencher se pessoa em tratamento debilitante**

Quimioterapia ( )	Radioterapia ( )
Hemodiálise ( )	DPOC ( )
Outros ( ) Descrever:	
<b>CID</b> referente ao comprometimento de deambulação:	

**4. Limitação para atividades**

( ) Autocuidado	( ) Aprendizagem e aplicação de conhecimento	( ) Relações e interação interpessoal	( ) Mobilidade
( ) Atividades de vida diária	( ) Convívio social	( ) Comunicação	( ) Alteração emocional anormal quando há alguma mudança na rotina
( ) Comportamentos repetitivos	( ) Dificuldade em interações sociais	( ) Utiliza cadeira de rodas, andador, bengala, ostomia ou O2	( ) Não apresenta limitações para atividades

São Paulo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CRM e Assinatura do Médico