

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

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

3. Preencher se pessoa em tratamento debilitante

Quimioterapia ()	Radioterapia ()
Hemodiálise ()	DPOC ()
Outros () Descrever:	
CID 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