



FORMULÁRIO DE CONCESSÃO DO PASSA FÁCIL

Decreto nº 1.128/11 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) →

od

oe

Campo →

od

oe

☐ Mental

☐ Renal Crônico

☐ Neoplasia Maligna

☐ HIV / AIDS

☐ Hipertensão Maligna

☐ Cardiopatia Crônica

☐ Hepatopatia Crônica

☐ Colostomia

☐ Tuberculose

☐ Tratamento Reabilitatório

Previsão de Reabilitação (Obrigatório)



FORMULÁRIO DE CONCESSÃO DO PASSA FÁCIL

Decreto nº 1.128/11 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: _____