



CONFORME LEI 8.919 DE 11/09/1996

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME DO(A) REQUERENTE (PESSOA COM DEFICIÊNCIA, ONCOLÓGICO OU RENAL CRÔNICO)		CPF
ENDEREÇO		NÚMERO
COMPLEMENTO (apartamento, casa, etc.)	BAIRRO	
CEP	TELEFONE(S) PARA NOTIFICAÇÃO	

2. CARACTERÍSTICAS DA DEFICIÊNCIA

TIPO DE DEFICIÊNCIA OU SITUAÇÃO:			
CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA COM CID:			
<p>PRECISA DE ACOMPANHANTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>A DEFICIÊNCIA IMPOSSIBILITA A UTILIZAÇÃO DO TRANSPORTE COLETIVO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>		
<p>FAZ USO DE ÓRTERSE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>SE SIM, QUAL:</p> <p>() CADEIRA DE RODAS</p> <p>() MULETA</p> <p>() ANDADOR</p> <p>() BENGALA</p>	<p>FAZ USO DE PRÓTESE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>		

DATA: ____ / ____ / ____

CARIMBO E REGISTRO NO CRM

DEFERIDO INDEFERIDO

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA / CARIMBO DPDH



DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

1 – CARRO DE APOIO

- A. **ORIGINAL** DO LAUDO MÉDICO DO APOIO
- B. CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- C. CÓPIA DE DOCUMENTO QUE POSSUA NÚMERO DO CPF;
- D. CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO (**NO CASO DE MENOR DE IDADE SEM CPF**);
- E. **CÓPIA*** DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO (CONTA DE ÁGUA, LUZ OU TELEFONE);
* **OBS.: NÃO ANEXAR COMPROVANTE ORIGINAL!**
- F. 02 FOTOS 3X4

IMPORTANTE!

- 1) PARA CASOS EM QUE O BENEFICIÁRIO NÃO POSSUI **NENHUM** COMPROVANTE DE RENDA, DEVE-SE APRESENTAR A **DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO DE CONSTA / NADA CONSTA**, EMITIDA PELO INSS. ESTA DECLARAÇÃO, PODERÁ SER SOLICITADA PELA **INTERNET** (<https://meu.inss.gov.br/central/index.html#/nada-consta>), POR MEIO DE CADASTRO DE LOGIN E SENHA, SEM A NECESSIDADE DE COMPARECER A UMA UNIDADE DO INSS.
- 2) ESSE SERVIÇO DEVERÁ SER SOLICITADO **PRESENCIALMENTE** NA RUA FONSECA HERMES – 143 – CENTRO

Atualizado/Julho2021