



Prefeitura Municipal de Alumínio

DPMOSU - DIVISÃO DE TRÂNSITO
Avenida Engenheiro Antonio de Castro Figueiroa, 100.
Vila Santa Luzia – Alumínio – (11) 4715-1778
ditran.aluminio@ig.com.br

(ANEXO II) - ATESTADO MÉDICO - CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DADOS SOLICITANTE

Nome: _____ Data de nasc.: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____
Rg: _____ Expedido por: _____ Data de expedição: _____

Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção da Credencial de estacionamento.

_____ assinatura do beneficiário ou representante

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____
Registro Profissional (CRM): _____ Telefone: _____
Local do atendimento (rua, av): _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O requerente possui deficiência AMBULATORIAL causada por:

DEFICIÊNCIA FÍSICA:	<input type="checkbox"/>	MEMBRO(S):	INFERIOR(ES)	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR(ES)	<input type="checkbox"/>
UTILIZA:	CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/>	APARELHAGEM ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/>	PRÓTESE	<input type="checkbox"/>
DEFICIÊNCIA AMBULATORIAL AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL						<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIAL						<input type="checkbox"/>
PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:				(mínimo de 2 meses)
TEMPORÁRIA	<input type="checkbox"/>	/	/	á	/	/

Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante:

Observações:

- 1- Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade ambulatorial do solicitante.
- 2- Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografada.
- 3- Nos casos de mobilidade reduzida temporária, Divisão de trânsito emitirá autorização com validade mínima de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.
- 4- A Divisão de trânsito se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

É beneficiária da Credencial para estacionamento a pessoa com deficiência ambulatorial no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) ou ambos, que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatorial autônoma decorrente de incapacidade mental ou por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorial ou ainda com incapacidade ou dificuldade ambulatorial.

O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DA CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO ? SIM NÃO

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial de estacionamento, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição federal, Cap. VII, art. 227, § 1º, inciso II, bem como a Resolução nº 304 de 18 de

O MÉDICO SE RESPONSABILIZA PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PRESTADAS A ESTE ÓRGÃO, SOB AS PENAS DA LEI.

Alumínio, _____ de _____ de _____.

Assinatura / Carimbo do Médico