



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUAS DE LINDÓIA - SP

## DIRETORIA DE TRÂNSITO - DIMUTRAN



### Atestado Médico

#### FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão de Deficiente para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

#### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE			UF

#### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	FONE

#### INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE	MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatorio)
Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental.	Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  Período previsto da restrição médica: ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses)

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

#### Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.  
Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a DIMUTRAN emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação. A DIMUTRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão de Deficiente se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como o Decreto Municipal 36.073, de 9 de maio de 1996.  
O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Águas de Lindóia, de de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão DeFis-DSV.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal