|  |  |
| --- | --- |
| **ATESTADO MÉDICO** | **Nº** |
| FICHA DE INSCRIÇÃO |
| |  | | --- | | **FINALIDADE** | | Para fins de Autorização Especial por meio de Cartão Deficiente para o estacionamento em vagas devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos utilizado por pessoa com deficiência física com dificuldade ambulatória no(s) membros(s) inferior(es), que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou próteses, ou por pessoa com deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA** | | | | | | | | | | | NOME DO SOLICITANTE | | | | | | | | DATA DE NASC.  / / | | | SEXO  M F | RG | UF/RG | | CPF | | | E-MAIL | | | | ENDEREÇO | | | | | | | | | Nº | | BAIRRO | | | CIDADE **ITANHAÉM** | | UF  **SP** | TELEFONE: | | | |   .   |  |  | | --- | --- | | **INFORMAÇÕES MÉDICAS** | | | **DEFICIÊNCIA PERMANENTE**  Possui dificuldade de mobilidade.  ( ) SIM ( ) NÃO  Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.  ( ) SIM ( ) NÃO  ( ) Deficiência ambulatória autônoma  decorrente de incapacidade mental. | **MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA**  (com grau de comprometimento ambulatório)  Possui dificuldade de mobilidade.  ( ) SIM ( ) NÃO  Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.  ( ) SIM ( ) NÃO  Período previsto da restrição médica:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (min. 2 meses) |  |  | | --- | | **DESCRIÇÃO, NATUREZA E CID DA LESÃO QUE JUSTIFIQUE A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.** | | CID: | | **Observações:** Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando natureza, 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 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 Secretaria de Trânsito e Segurança de Itanhaém emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação do prazo, haverá necessidade de nova solicitação. A Secretaria de Trânsito e Segurança de Itanhaém reserva-se do direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares |  |  |  | | --- | --- | | O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão 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 a Lei Federal nº 9.503/1997 e Resolução do CONTRAN nº 304/2008.  O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob pena da lei. | | | Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e CRM do médico |  |  | | --- | | Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão Deficiente.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Responsável Legal | | |