



ANEXO III - ATESTADO MÉDICO
CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA
PESSOA COM DEFICIÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO (À ser preenchido pelo requerente)			
NOME		DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO () MASC. () FEM.
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO / /	EXPEDIDO POR:
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do cartão – Credencial de Estacionamento para Pessoas com Deficiência. Assinatura do beneficiário ou requerente: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO (À ser preenchido pelo médico)			
NOME		REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)		FONE	
INFORMAÇÕES MÉDICAS (À ser preenchido pelo médico)			
O requerente possui deficiência AMBULATORIA causada por:			
DEFICIÊNCIA FÍSICA ()	MEMBRO(S):	INFERIORES ()	SUPERIORES ()
UTILIZA: CADEIRA DE RODAS () APARELHAGEM ORTOPÉDICA () PRÓTESE ()			
DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL ()		MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO ()	
PERMANENTE ()	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA		
TEMPORÁRIO ()	_____ à _____ (mínimo de 2 meses)		

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 nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.

2- Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

3- Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Prefeitura Municipal de Amparo 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 Prefeitura Municipal de Amparo se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

É beneficiária do **CEPD** a pessoa com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(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 por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio ou ainda com incapacidade ou dificuldade de ambular

O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD- PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO? SIM () NÃO ()

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD- Prefeitura Municipal de Amparo, 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 dezembro de 2008 do CONTRAN.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Amparo, _____ de _____ de 20____. _____/_____

Assinatura /Carimbo do médico