

ATESTADO MÉDICO

Finalidade:

Para fins de autorização especial por meio do **CARTÃO PREFERENCIAL PARA ESTACIONAMENTO** em vagas especiais, devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos no município de Mogi das Cruzes, de veículo autorizado, por pessoa com deficiência física, que possui comprometimento de mobilidade, em conformidade com a **LEI FEDERAL Nº 13.146/15**.

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA		DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: () F () M
ENDEREÇO:			Nº:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	CEP:	CIDADE: MOGI DAS CRUZES - SP
IDENTIDADE (RG / RNE) Nº:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	TELEFONE: ()
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR):	VALIDADE DA CNH: ____/____/____	e-mail:	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME COMPLETO:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):	LOCAL DE ATENDIMENTO:
-----------------------	-------------------------------------	------------------------------

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE UTILIZA CADEIRA DE RODAS, APARELHAGEM ORTOPÉDICA OU PRÓTESE () SIM () NÃO () DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA, DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	 ()
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 ATINGIDO, SISTEMAS OU APARELHOS E ESTABELECEER NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DE DEAMBULAR DO SOLICITANTE. - OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADO. - A SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES DO MUNICÍPIO DE MOGI DAS CRUZES SE RESERVA NO DIREITO DE SOLICITAR ESCLARECIMENTOS E/OU INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.	

O presente formulário somente terá validade para a finalidade da emissão do CARTÃO PREFERENCIAL se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

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

MOGI DAS CRUZES, _____ DE _____ DE 20_____.

NOME, CRM & ASSINATURA DO MÉDICO.

AUTORIZO:

A divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do cartão.

ASSINATURA DO DEFICIENTE E/OU REPRESENTANTE LEGAL.