

**PREFEITURA DE
GUARULHOS**

**ATESTADO MÉDICO PARA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA**

Para emissão da Credencial de estacionamento, a fim de autorizar o estacionamento em vagas especiais sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de Guarulhos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior (es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de deficiência orgânica ou incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Dados do Solicitante

Nome da Pessoa com Deficiência:			RG:
Endereço:			Bairro:
Cidade:	CEP:	Telefones:	Data de Nascimento: ____/____/____

Identificação do Médico

Nome (LEGÍVEL):	Registro Profissional (CRM):
Endereço do Atendimento / Consultório:	Telefone:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

<p>DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese:</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Membros:</p> <p><input type="checkbox"/> SUPERIORES <input type="checkbox"/> INFERIORES <input type="checkbox"/> AMBOS</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de deficiência orgânica ou incapacidade mental.</p>	<p>UTILIZA: Cadeira de rodas: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Aparelhagem ortopédica: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Prótese: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatorio) Período previsto da restrição médica: ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 02 meses)</p>
--	---

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 em deambular do solicitante.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a STT emitirá autorização com validade de no mínimo 02 meses e no máximo de 01 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo será necessária nova solicitação.

A STT se reserva ao direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

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, capítulo VII, Art. 227, § 1º, inciso II.

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

Guarulhos, _____ de _____ de _____ .

Nome, CRM e Assinatura do Médico