



Secretaria de Direitos Humanos
Subsecretaria de Acessibilidade e Inclusão

ATESTADO MÉDICO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Finalidade

Para fins de emissão de Identificação da Pessoa com Deficiência, por meio do Cartão Fácil Acessível, Lei Municipal 7639/2018.

Identificação

Nome:

Data de Nascimento:

Rg/UF:

CPF:

Informações Médicas

Atesto que o paciente acima identificado, apresente a(s) seguinte(s) deficiência(s):

Deficiência Permanente:

Se incapacidade temporária e o tempo de tratamento:

() Deficiência Física / Motora – CID:

() Sim

() Sim – Tempo:

() Deficiência Auditiva – CID:

() Sim

() Sim – Tempo:

() Deficiência Intelectual – CID:

() Sim

() Sim – Tempo:

() Deficiência Visual – CID:

() Sim

() Sim – Tempo:

Necessita de acompanhante? () Sim () Não

Relato resumido da(s) deficiência(s) do paciente, acima identificado:

Identificação do Médico

Nome:

Registro Profissional (CRM/UF)

Local e Data:

Carimbo e Assinatura:

Autorização

Da divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para fins de emissão do Cartão de Identificação da Pessoa com Deficiência (Cartão Fácil Acessível), no âmbito do Município de Guarulhos.

Assinatura da Pessoa ou Representante Legal