

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do CREDENCIAL PCD para estacionamento em vagas especiais, devidamente sinalizadas com Símbolo Internacional de Acesso, nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatoria, que 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 ainda pessoal que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorial.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

NOME

DATA NASCIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO

REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)

LOCAL DE ATENDIMENTO

TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. O REQUERENTE POSSUI DEFICIÊNCIA

☐ SIM

☐ NÃO

3. A DEFICIÊNCIA DIFICULTA A LOCOMOÇÃO DO REQUERENTE?

☐ SIM

☐ NÃO

2. A DEFICIÊNCIA É PERMANENTE OU TEMPORÁRIA?

☐ PERMANENTE

☐ TEMPORÁRIA

4. A REQUERENTE É GESTANTE?

☐ SIM

☐ NÃO

2.1 Se temporária, qual o período previsto da restrição médica: 2.1 Se SIM, qual a data provável do parto:

___/___/___ a ___/___/___ (mínimo 2 meses)

___/___/___

Descrição, natureza e CID detalhada da deficiência que justifique a dificuldade de locomoção:
(Comprometimento físico de locomoção)

OBSERVAÇÕES:

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da CREDENCIAL PCD se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

Carimbo e Assinatura do Médico

Data: / / .

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção da CREDENCIAL PCD.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante