

## 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

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

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

<b>NOME COMPLETO:</b>	<b>REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):</b>	<b>LOCAL DE ATENDIMENTO:</b>
-----------------------	-------------------------------------	------------------------------

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE</b> UTILIZA CADEIRA DE RODAS, APARELHAGEM ORTOPÉDICA OU PRÓTESE ( ) SIM ( ) NÃO  ( ) DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA, DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	( ) ..... ..... ..... .....
<b>DESCRIÇÃO, NATUREZA E CID DA LESÃO QUE JUSTIFIQUE A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE PARA DEAMBULAR:</b> ..... ..... ..... .....	
<b>OBSERVAÇÕES:</b> - 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.