



PREFEITURA DE VIÇOSA

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA - MG

DIRETORIA DE TRÂNSITO - DIRETRAN

Rua Gomes Barbosa, nº 942, 2º Andar, Sala 210 - Centro. Viçosa - MG – CEP: 36.570-101
Telefone: (31) 3891-6517 / e-mail: transito@vicosa.mg.gov.br

N°

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de adquirir Autorização Especial por meio da credencial (Cartão) para estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com símbolo internacional de acesso nas vias e logradouros públicos, de veículos utilizados por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatória, que a obrigue, ou não, a utilizar temporária ou permanente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.

IDENTIFICAÇÃO DO (A) BENEFICIÁRIO (A)

Nome:

Data Nasc: ____/____/____ Sexo: RG: CPF: n° Tel:

Endereço: N° Complemento:

Bairro: CEP: Cidade: VIÇOSA UF: Minas Gerais

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome do Médico: Registro Profissional (CRM):

Local Atendimento: Fone:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE

 SIM NÃO

PESSOA COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO?

 SIM NÃO PERMANENTE TEMPORÁRIASe temporária, qual período previsto da restrição médica?
_____ meses (mínimo de 3 meses).

Descrição, natureza e CID:

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 de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos de **forma legível**.

Nos casos de pessoas com dificuldade de locomoção, a DIRETRAN emitirá autorização com validade no mínimo de 3 (três) meses. Havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá obrigatoriedade de nova solicitação.

A DIRETRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da credencial (cartão) de Estacionamento se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas tem como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, §1º, Inciso II, bem como o Art. 2º da Resolução 304/08 do Conselho Nacional de Trânsito, Decreto Municipal nº 5185/2018, Art. 2º, inciso III e IV da Lei Federal nº 10098/2000, Art. 5º, §1º, inciso I do Decreto Federal nº 5296/2004.

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

Viçosa, _____ de _____ de 20____

Assinatura e CRM do médico (CARIMBO)