



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ  
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO - DMT

**REQUERIMENTO E ATESTADO MÉDICO**

**FINALIDADE**

Para fins de Autorização Especial por meio de Credencial para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade de locomoção, que a 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 pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF/RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: **Arujá** UF: **São Paulo**

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

**DEFICIÊNCIA PERMANENTE**

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

SIM

NÃO

Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental.

**MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA**

(com alto grau de comprometimento ambulatorio)

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

SIM

NÃO

Período previsto da restrição médica:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mínimo de 2 meses)

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular (Mobilidade Reduzida):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 ambular do solicitante.

Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, o DMT emitirá autorização com validade no mínimo de 2 meses e no máximo de 5 anos, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O DMT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227 §1º Inciso II bem como a Resolução nº 965/2022 do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Arujá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste formulário, para a finalidade de obtenção da Credencial.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa com deficiência ou Representante Legal



## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O Departamento de Trânsito informa que emite o Cartão de Deficiente Físico para as pessoas que residem no Município de Arujá e que tenham:

- \* Deficiência física ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou;
- \* Deficiência física ambulatória autônoma decorrente de incapacidade mental; (quando a pessoa com deficiência não pode assinar, há a necessidade de apresentação de documento de representação legal como Tutela ou Curatela) ou;
- \* Mobilidade reduzida temporária, com alto grau de comprometimento ambulatório, inclusive as com deficiência de ambulação - temporária - mediante solicitação médica ou;
- \* Deficiência visual ou dificuldade de locomoção.