



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 ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.

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

Nome: _____ CRM: _____

Local de Atendimento: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

SIM

NÃO

Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental.

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA

(com alto grau de comprometimento ambulatório)

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