

**PSJC**

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA
LAUDO MÉDICO - ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL PCD
Conselho Nacional de Trânsito - Contran Resolução nº 965/2022 - Decreto 18.788/2021
“ESTÁ FICHA TEM VALIDADE DE 90 DIAS APÓS PREENCHIDA”

ESTE DOCUMENTO SÓ SERÁ ACEITO SE FOR DEVIDAMENTE PREENCHIDO POR MÉDICO ESPECIALISTA DO INÍCIO AO FIM.
OBS. NÃO PODE TER RASURAS, DÚVIDAS LIGAR PARA 3942.2401

FINALIDADE: EMISSÃO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGAS ESPECIAIS PARA DEFICIENTE PREVISTA NA RESOLUÇÃO 304 DO CONTRAN.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

NOME		DATA NASCIMENTO	SEXO
		____/____/____	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO			CEP
CIDADE			UF
TELEFONE	RG	EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME	ESPECIALIDADE
LOCAL DE ATENDIMENTO	TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS**DEFICIÊNCIA FÍSICA - PERMANENTE** SIM NÃO**DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA - AQUELA DECORRENTE DE CAPACIDADE MENTAL** SIM NÃO**MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA - AQUELA QUE SE ENCONTRA TEMPORARIAMENTE COM MOBILIDADE REDUZIDA** NÃO SIM PERÍODO PREVISTO DE MOBILIDADE REDUZIDA ____/____/____ A ____/____/____**DESCRIÇÃO**

DESCRIÇÃO OBS. FAZER RELATO CLARO E SUCINTO, INFORMANDO A NATUREZA, TIPO DA LESÃO E/OU QUADRO CLÍNICO DA DEFICIÊNCIA, CITANDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA, SISTEMAS OU APARELHOS E ESTABELECE NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DO DEAMBULAR DO SOLICITANTE. NOS CASOS DE MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA A SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA EMITIRÁ AUTORIZAÇÃO COM VALIDADE MÍNIMA DE 2 (DOIS) MESES E MÁXIMA DE 1 (UM) ANO, HAVENDO NECESSIDADE DE DILAÇÃO DE PRAZO, SERÁ NECESSÁRIA NOVA SOLICITAÇÃO.

CID _____

O PRESENTE FORMULÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE PARA A FINALIDADE DE EMISSÃO DE CREDENCIAL SE ESTIVER DEVIDAMENTE PREENCHIDO COM AS INFORMAÇÕES MÉDICAS. A INFORMAÇÃO ACIMA PRESTADA TEM COMO FINALIDADE ATENDER A CONSTITUIÇÃO FEDERAL, *CAPÍTULO VII, ARTIGO 227, *§1º, INCISO II. O MÉDICO SE RESPONSABILIZA PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PRESTADAS A ESTE ÓRGÃO, SOB AS PENAS DA LEI

____/____/____
DATA DE ATENDIMENTO_____
ASSINATURA/ CARIMBO E CRM DO MÉDICO

Estou ciente que os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis informados serão tratados por essa municipalidade, de acordo com o art. 7º, incisos II e III, da lei federal N. 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados e art. 5º, inciso I, do decreto municipal N. 18.855/2021.