



PSJC

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA LAUDO MÉDICO

Conselho Nacional de Trânsito - Contran Resolução nº 304 – Decreto Municipal 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

SIM NÃO PERÍODO PREVISTO DE MOBILIDADE REDUZIDA ____/____/____ A ____/____/____

DESCRIÇÃO

OBS .. **FAZER RELATO CLARO E SUCINTO**, INFORMANDO A NATUREZA, TIPO DA LESÃO E/OU QUADRO CLÍNICO DA DOENÇA, CITANDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA, SISTEMAS OU APARELHOS E **ESTABELECE NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DO DEAMBULAR DO SOLICITANTE**. OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA, DATILOGRAFADO OU DIGITADO. 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, *CAPITULO VII, ARTIGO 227, *§1º, INCISO II. O MEDICO SE RESPONSABILIZA PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES MEDICAS PRESTADAS A ESTE ÓRGÃO, SOB AS PENAS DA LEI

_____/_____/_____
DATA DE ATENDIMENTO

NOME E CRM DO MÉDICO

AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS A MEU RESPEITO CONTIDAS NESTE ATESTADO PARA A FINALIDADE DE OBTENÇÃO DA CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO PREVISTA NA RESOLUÇÃO 304 DO CONTRAN.

ASSINATURA