



Prefeitura de
Araçoiaba da Serra

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO
PARA PESSOAS IDOSAS OU COM DEFICIÊNCIA**

Solicitante _____
RG: _____ CPF: _____
Logradouro: _____
Nº: _____ Bairro: _____ Complemento: _____
Município: **ARAÇOIABA DA SERRA** Estado: **SP** CEP: _____
Contato (E-mail): _____
Telefone Fixo _____ Celular _____

Beneficiário: _____
RG: _____ CPF: _____
Logradouro: _____
Nº: _____ Bairro: _____ Complemento: _____
Município: **ARAÇOIABA DA SERRA** Estado: **SP** CEP: _____
Contato (E-mail): _____
Telefone Fixo _____ Celular _____

Ilustríssimo Sr. Diretor,

Solicito a V. S^a. Providências no sentido de conceder, em face da documentação anexa, credencial para estacionamento em vaga de:

Deficiente:	Idoso:
() Aquisição () Renovação () 2 ^a VIA	() Aquisição () Renovação () 2 ^a VIA

Araçoiaba da Serra, ____/____/20____.

Assinatura do Solicitante / Beneficiário.



Prefeitura de
Araçoiaba da Serra

Atestado Médico

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão 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 ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), 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 DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO		CIDADE	UF	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	FONE

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:

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, sistema ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, o DEMUTRAN emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O DEMUTRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão DeFis 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.

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

Araçoiaba da Serra, de de 201__

Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão DeFis.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal