ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de autorização especial por meio do Cartão CaNEsp/SMTT para estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de São José do Rio Preto, de veículo utilizado por Pessoas Portadoras de Necessidades Especias (portadora de deficiência física, com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou nos membros superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental, pessoa de senilidade avançada, pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DER NECESSIDADES ESPECIAIS

NOME:		DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: ☐ MASC ☐ FEM
ENDEREÇO:		N°	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
FONE:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	EXPEDIDO POR:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA/AV.):	FONE:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE	***MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA*** (com alto grau de comprometimento ambulatório)
Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese? ☐ Sim ☐ Não ☐ Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou senilidade avançada.	Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese? ☐ Sim ☐ Não Período previsto de restrição médica. _____/_____/_____ a _____/_____/_____ (mínimo de 02 meses).

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

Observações: Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando 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, a Secretaria Municipal de Trânsito e Transportes (SMTT) emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.
A SMTT se reserva ao direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do cartão CaNEsp/SMTT se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.
As informações acima prestadas têm como finalidade atender à Constituição Federal, Cap VII, Art. 227, § 1°, Inciso II, bem como a Lei Municipal n° 7.576, de 15/09/1999 e a Portaria SMTT – 02/2005 de 01/03/2005.

São José do Rio Preto,_____de_____de_____.

_____
Nome e CRM do médico

Autorizo:
A divulgação de informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CaNEsp/SMTT.

_____
Assinatura do deficiente ou representante