PMSJC

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA
LAUDO MÉDICO - ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL PCD
Conselho Nacional de Trânsito - Contran Resolução nº 304 - 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 ☐ MASC. ☐ 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

DEFICÊNCIA 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 ESTABELECER NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DO DEAMBULAR DO SOLICITANTE. NOS CASOS DE MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA A SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA EMITIRA 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

_____ 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.