



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE URBANA
DIRETORIA DE TRANSPORTES

Atestado Médico

Este formulário somente terá validade para concessão da credencial para uso da vaga reservada a pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade, nas vagas devidamente sinalizadas, reservadas aos veículos conduzidos ou que transportem pessoas com deficiência, conforme Lei Federal nº 9.503 (C.T.B)

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

NOME				DATA DE NASCIMENTO			
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	TELEFONE			
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO	CEP		
BAIRRO	CIDADE		UF	E-MAIL			

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID - 10 (listar todos os códigos necessários)
Deficiência FÍSICA <input type="checkbox"/>	
Deficiência VISUAL <input type="checkbox"/>	
Deficiência MENTAL <input type="checkbox"/>	
Transtorno Espectro Autista <input type="checkbox"/>	
Visão Monocular <input type="checkbox"/>	

Descrição da deficiência (Física, Mental/Intelectual e/ou Visual) - Indicar, EXPRESSAMENTE, que esta implica dificuldade de locomoção ou comprometimento de mobilidade e em caso de transtorno espectro autista, indicação do grau de comprometimento

Obs.1: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara e legível com **letra de forma** ou datilografados ;

Obs.2: O atestado médico terá validade não superior a 04 (quatro) meses a contar da data da emissão;

Obs.3: Em caso de visão monocular, descrever os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, bem como a limitação para o desempenho da atividade.

Obs.4: Em caso de comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção temporária, descrever o período, o qual não deve ser superior a 2 (dois) anos.

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Cuiabá, de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico