



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