



REQUERIMENTO PARA CARTÃO PARA ESTACIONAMENTO EXCLUSIVO

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão Exclusivo, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida, conforme prevê a Resolução 304/08 vigente.

Solicitação:

Inicial Renovação

REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO () MASC () FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF	

REPRESENTANTE LEGAL

(QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL				DATA DE NASC. / /	
SEXO () MASC () FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE		UF	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para todos os tipos de requerimento:

- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com deficiência ou pelo seu representante legal, deve ser entregue a SMT ou pontos de apoios, juntamente com os documentos abaixo relacionados;
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com deficiência (RG, CNH ou equivalente).
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da pessoa com deficiência, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia simples do comprovante de residência, atual na Cidade de Senador Canedo em nome da pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida;
- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal.
- Cópia simples do contrato de locação caso more de aluguel, caso more com parente cópia de comprovação do parentesco (cert. Casamento, RG) documento que prove o parentesco ou mesmo declaração com reconhecimento em cartório comprovando a moradia no endereço.



ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão Exclusivo 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 ambulatoria 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 ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio e deficiência visual.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO () MASC () FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)		NÚMERO	BAIRRO	CEP	
COMPLEMENTO			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 ambulatoria autônoma, decorrente período previsto da restrição médica: de incapacidade mental.

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA:

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese?

Sim () Não ()

____/____/____ à ____/____/____
(mínimo de 2 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 parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos 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, a SMT 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 presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão Exclusivo se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. A SMT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como a Portaria 304/08, de 18 de dezembro de 2008. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

_____, _____, 20____.

Assinatura e carimbo médico

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

Assinatura do requerente