



Atestado Médico

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão DeFis-DSV 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.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

| | | | | | |
|--|--------|-------|--------|----------------------|----------|
| NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA | | | | DATA DE NASC. / / | |
| SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | RG | UF/RG | CPF | E-MAIL | |
| ENDEREÇO (RUA, AV. ETC) | | | NÚMERO | COMPLEMENTO | TELEFONE |
| CEP | BAIRRO | | CIDADE | | UF |

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| NOME DO MÉDICO | REGISTRO PROFISSIONAL (CRM) |
| LOCAL DO ATENDIMENTO | FONE |

INFORMAÇÕES MÉDICAS

| DEFICIÊNCIA PERMANENTE | MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatorio) |
|--|---|
| Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental. | Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Período previsto da restrição médica: ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses) |

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

Observações:

Descrição e natureza da lesão: 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 nexo 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, o DSV 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 DSV se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão DeFis-DSV se estiver devidamente preenchido com as informações médicas

As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como o Decreto Municipal 36.073, de 9 de maio de 1996.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

São Paulo, de de 201__

Assinatura e CRM do médico

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

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal