



PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado de São Paulo

* * *

ANEXO III – FORMULÁRIO LAUDO MÉDICO - CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA VEÍCULOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

LAUDO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão DeFis-SETRAN 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 membro(s) superior(es), que obrigue, ou não, a utilizar temporariamente 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: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: (F) (M)

RG: _____ UF/RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____

Cep: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____ CRM: _____

Local de Atendimento: _____

Telefone: () _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE

Deficiência Física nas pernas e/ou pés com dificuldade de locomoção: (Sim) (Não)

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese: (Sim) (Não)

Deficiência Física ambulatoria autônoma decorrente de incapacidade mental:
(Sim) (Não)

Deficiência Visual e com dificuldade de locomoção: (Sim) (Não)

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA
(Com alto grau de comprometimento para locomoção)

Deficiência Física nas pernas e/ou pés com dificuldade de locomoção: (Sim) (Não)
Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese: (Sim) (Não)

Período Previsto de Restrição Médica:
____/____/____ a ____/____/____
(mínimo de 2 meses e máximo de 1 ano)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Natureza da Lesão: _____
Tipo da Lesão: _____
Parte do Corpo atingida: _____
CID: _____

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão DeFis- SETRAN se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas tem como finalidade, atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º , Inciso II.

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

São João da Boa Vista, ____ de _____ de 202__

Assinatura e CRM do Médico

Autorizo a divulgação de informação médica a meu respeito, contidas neste laudo, para a finalidade de obtenção do Cartão DeFis-SETRAN.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal