



REQUERIMENTO DE CARTÃO CEDs – DITRAN

Ilmo. Sr. Chefe da Divisão de Trânsito – DITRAN

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio de Cartão CEDs – DITRAN, para estacionar em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas portadoras de deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a Legislação vigente.

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME		NASCIMENTO	SEXO
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH	E-MAIL	
REPRESENTANTE			
NOME		E-MAIL	
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida. Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) do representante legal da pessoa portadora de deficiência física ou mobilidade reduzida, quando for o caso. No caso de representante legal, apresentar cópia simples de documento comprovando que o mesmo é representante da pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida.			
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES			
Solicitação: () Inicial () Renovação Atestado médico, emitido no Maximo a três meses (cópia simples), no caso de deficiência física ou mobilidade reduzida permanente, em caso temporário atestado por período mínimo de dois meses. No caso de renovação, devolver o Cartão CEDs – DITRAN, sempre que possível. Substituição (dentro do prazo de validade): () Perda () Furto/Roubo () Dano ANEXAR Cópia do boletim de ocorrência Devolução do Cartão CEDs – DITRAN Motivo: _____			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS			
PRINCIPAL CONDIÇÃO DE USO DO CARTÃO: () Como Condutor () Como Conduzido INDICAR A QUEM PERTENCE(M) O(S) VEICULO(S) COSTUMEIRAMENTE UTILIZADO(S): () Titular do cartão () Familiar do titular (primeiro grau) () Familiar mais distante do titular () Outros			
Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do cartão CEDs – DITRAN em conformidade com as disposições legais vigentes.			
Itupeva, ____ de ____ de 20____		Assinatura do titular ou representante	



ATESTADO MÉDICO

Cartão de Estacionamento para Deficientes – CEDs-DITRAN

A SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO			
	NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
	ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
	FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CEDs-DITRAN				
_____ Assinatura do beneficiário ou representante				
A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
	NOME		REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)		FONE	
	INFORMAÇÕES MÉDICAS			
	O REQUERENTE POSSUI deficiência AMBULATORIA causada por:			
	DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	MEMBRO(S):	INFERIOR(ES) <input type="checkbox"/>	SUPERIORES E INFERIORES <input type="checkbox"/>
	UTILIZA: CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/>	APARELHAGEM ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/>	PRÓTESE <input type="checkbox"/>	
	DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>		
	DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>			
	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:		
	TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	____/____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)		
	Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:			
	Observações:			
	1) Descrição sucinta, informando o 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 ambular do solicitante.			
	2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.			
3) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a DITRAN emitirá autorização com validade mínima de 2(dois) meses e no máximo de 1(um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.				
4) A DITRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.				
É beneficiária do cartão CEDs a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência 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 portadora de deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.				
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEDs-DITRAN? SIM NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEDs-DITRAN 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 A RESOLUÇÃO DO CONTRAN Nº 304 DE 18 DE DEZEMBRO DE 2008				
O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.				
Itupeva, ____ de ____ de 20 ____				
_____ Assinatura/Carimbo do Médico				