



## ATESTADO MÉDICO

### Finalidade

Para fins de autorização para Trânsito e Estacionamento para pessoas com deficiência ou dificuldade de mobilidade nos termos da Lei Federal 9.503/97 e Resolução Contran 304/2008

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE				DATA DE NASCIMENTO
SEXO	RG:	UF/RG	CPF:	E-MAIL:
<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.				

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL - CRM
LOCAL DE ATENDIMENTO	FONE:

### INFORMAÇÕES DO MÉDICO

#### 1 - Preencher se pessoa com deficiência.

Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> CID: _____	Deficiência Mental <input type="checkbox"/> CID: _____	É Interditado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Deficiência Visual CID H54.0 <input type="checkbox"/> CID H54.1 <input type="checkbox"/> CID H54.2 <input type="checkbox"/>
Deficiência Física <input type="checkbox"/>			
Permanente <input type="checkbox"/> Provisória <input type="checkbox"/> Período ___/___/___ à ___/___/___			
CID referente ao comprometimento de deambulação: _____			
Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Decibéis _____			

#### 2 - Preencher se pessoa em tratamento debilitante

Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hemodiálise <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>
Descrever quando outros: _____
CID referente ao comprometimento de deambulação: _____

#### 3 - Limitações para atividades

<input type="checkbox"/> Autocuidado	<input type="checkbox"/> Convívio Social	<input type="checkbox"/> Comportamentos repetitivos	<input type="checkbox"/> Mobilidade
<input type="checkbox"/> Atividades da vida diária	<input type="checkbox"/> Aprendizagem e aplicação de conhecimento	<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Relações e interação interpessoal
<input type="checkbox"/> Alteração emocional anormal quando há alguma mudança na rotina	<input type="checkbox"/> Dificuldade em interações sociais	<input type="checkbox"/> Utiliza cadeira de rodas ou outros	<input type="checkbox"/> Não apresenta limitações para atividades

#### 4 - Descrição dos tratamentos atuais e das sequelas (Preenchimento obrigatório)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade ou de seu representante legal