



PREFEITURA

REQUERIMENTO DE CARTÃO

ESTACIONAMENTO PARA VAGA ESPECIAL

Á SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	DADOS DO BENEFICIÁRIO				
	NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
	ENDEREÇO (RUA, AV.)			Nº	
	BAIRRO	CIDADE		UF	CEP
	TELEFONE	RG Nº	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR	CPF/Nº
	Autorizo a divulgação das informações ao meu respeito, contidas neste atestado para a finalidade de obtenção do Cartão CEVE				
_____ Assinatura do beneficiário ou representante					

Á SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
	NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	TELEFONE
	INFORMAÇÕES MÉDICAS	
	O REQUERENTE POSSUI DEFICIÊNCIA AMBULATORIAL causada por:	
	DEFICIÊNCIA FÍSICA: MEMBRO (S) <input type="checkbox"/> 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 AMBULATORIAL AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM GRANDE GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERIODO PREVISTO DE RESTRIÇÕES MÉDICAS
	TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses)
	Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:	
	<p>1º) Descrição sucinta, informando o 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 ambular do solicitante.</p> <p>2º) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.</p> <p>3º) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a DTT emitirá autorização com validade mínima de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano.</p> <p>4º) A DTT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.</p>	
<p>É beneficiária do cartão CEVE a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatorial no(s) membro(s) inferior(es) com dificuldade de locomoção, que a obrigue ou não utilizar, temporária ou permanente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou pessoa portadora de deficiência autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.</p> <p>"As vagas para portadores de necessidades especiais é para dificuldades de locomoção."</p>		
<p>O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEVE DTT sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/></p>		
<p>O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.</p> <p>As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Lei Federal nº 9.503/97, Resolução 304/2008 bem como os Decretos Municipais nº 5.305/2008 e 5.465/2009.</p> <p>O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob pena de lei.</p> <p style="text-align: center;">Campo Limpo Paulista ____ de ____ de ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura/Carimbo do Médico</p>		