



## Atestado Médico

### FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial de Trânsito para cadastro de veículo para a isenção de pagamento de estacionamento rotativo para pessoa com deficiência, com dificuldade de mobilidade, nos termos da Lei Municipal Nº 3379/2009, Lei Federal 13.146/15, Lei Federal 13.281/16 e Lei Federal 9.503/97.

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

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

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

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

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

#### 1. Preencher se pessoa com deficiência

Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> CID: _____	Deficiência Mental <input type="checkbox"/> CID: _____	É Interditado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Deficiência Visual <input type="checkbox"/> CID H54.0 <input type="checkbox"/> CID H54.1 <input type="checkbox"/> CID H54.2 <input type="checkbox"/> Acuidade Visual: _____		
Deficiência Física <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Provisória <input type="checkbox"/> Período: de ____/____/____ 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"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Hemodíálise <input type="checkbox"/>	DPOC <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/> Descrever: _____	
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, andador, bengala, ostomia ou O2	<input type="checkbox"/> Não apresenta limitações para atividades

#### 3. Descrição dos tratamentos atuais e das sequelas (preenchimento obrigatório)

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

Olímpia, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção da isenção que trata da Lei Municipal Nº 3379/2009.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa com deficiência com  
comprometimento de mobilidade ou de seu Representante Legal