



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

ATESTADO MÉDICO

Cartão de Estacionamento para Deficientes – CEDs-SMT

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-SMT.			
_____ Assinatura do beneficiário ou representante			

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 DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <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 nexos 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 SMT 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 SMT 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-SMT? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEDs-SMT se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II bem como o Decreto Municipal nº 19.642, de 02 de julho de 2004. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da lei.	
Jundiá, ____ de _____ de 20__ .	
_____ Assinatura/Carimbo do Médico	