



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIÁ**  
**ATESTADO MÉDICO**  
Cartão de Estacionamento para Pessoa com Deficiência – CEPD-UGMT

À SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE/BENEFICIÁRIO(A)			
	NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	
	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 CEPD-UGMT.				
Assinatura do beneficiário ou representante				

IDENTIFICAÇÃO DO(A) MÉDICO(A)		
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"/>	SUPERIOR(ES) <input type="checkbox"/>
SUPERIOR(ES) E INFERIOR(ES) <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"/>	TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA <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:		
_____ _____ _____		
<b>Observações:</b>		
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.		
3) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a UGMT emitirá autorização com validade mínima de 02 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.		
4) A UGMT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.		
É beneficiária do cartão CEPD a pessoa com 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 com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental, ou por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio, ou, ainda, por pessoa com Transtorno do Espectro Autista.		
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD-UGMT? SIM NÃO		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEPD-UGMT se estiver devidamente preenchido com as informações médicas, salientando que os dados prestados tem como finalidade atender as normas vigentes.		
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		