

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de autorização especial por meio do cartão para estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de Urupês, de veículo utilizado por Pessoas Portadoras de Necessidades Especias (portadora de deficiência física, com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou nos membros superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental, pessoa de senilidade avançada, pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS

NOME:		DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
ENDEREÇO:		Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
FONE:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	EXPEDIDO POR:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA/AV.):	FONE:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou senilidade avançada.	MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatório) Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Período previsto de restrição médica. ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 02meses).
---	---

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

Observações: Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante.

Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Divisão Municipal de Trânsito (Dimutran) emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

A Dimutran se reserva ao direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do cartão se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender à Constituição Federal, Cap VII, Art. 227, § 1º, Inciso II, bem como a Lei Federal 10.098 de 19 de Dezembro de 2000.

Urupês _____ de _____ de _____

Nome e CRM do médico

Autorizo:

A divulgação de informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CaNEsp/Dimutran.

Assinatura do deficiente ou representante



PREFEITURA DE URUPÊS

DIVISÃO MUNICIPAL DE TRÂNSITO



REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO

Ilmo. Sr. Diretor da Divisão Municipal de Trânsito de Urupês, SP.

Solicito autorização especial, por meio do cartão para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, conforme prevê a Resolução 304 de 18/12/2008.

DADOS DO SOLICITANTE – PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL

NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA:		DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
ENDEREÇO (RUA/AV):			Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO:		CEP:		
FONE:	FONE (RECADO):	RG Nº	DATA DE EXPEDIÇÃO DO RG:	

REPRESENTANTE

NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO):			RG Nº:	
ENDEREÇO (RUA/AV):			Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO:		CEP:	FONE:	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - CONDIÇÕES

- Requerimento preenchido corretamente.
- Documento de identificação do solicitante (portador da necessidade especial).
- Ser residente no Município de Urupês (Resolução 304/2008 CONTRAN).
- Comprovante de residência no nome do requerente ou do representante;
- No caso de representante legal: a) Cópia simples da carteira de identidade (ou doc. equivalente) da pessoa portadora de Necessidade Especial.
b) Cópia simples do documento que comprove a condição de representante.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Solicitação: Inicial Renovação nº:

- Atestado médico, emitido no máximo há três meses, para Pessoa Portadora de Necessidades Especiais permanentes ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses.
- Carteira Nacional de Habilitação, quando for condutor o(a) Portador(a) de Necessidade Especial. No caso de Renovação, devolução do Cartão CaNEsp/Dimutran.

- 2º via ou Substituição do Cartão (dentro do prazo de validade): Perda Furto Roubo Danos
Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso.
Em caso de danos, devolver o cartão CaNEsp/Dimutran.

- Cancelamento do Cartão:
Devolução do Cartão CaNEsp/Dimutran.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS

Assinalar a principal condição da utilização do Cartão CaNEsp/Dimutran.

- Na maioria das vezes como condutor. Na maioria das vezes como conduzido.

Indicar a quem pertence(m) o(s) veículo(s) costumeiramente utilizado(s). Preencher mais de uma opção e for o caso:

- Pessoa Portadora de Necessidades Especiais.
 Familiar da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais (pai, mãe, marido/esposa, companheiro, representante legal ou irmãos).
 Representante.
 Outros.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressões da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do Cartão CaNEsp/Dimutran, em conformidade com as disposições legais vigentes.

Urupês, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Portador de Deficiência ou Representante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____

_____ ,

RG _____ CPF _____ ,

declaro, para fins de comprovação de residência e sob as penas da Lei, que resido no seguinte endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

_____ UF: _____ CEP: _____ .

Declaro ainda que estou ciente de que a falsa declaração de residência para fins de expedição de cartão de estacionamento, sujeita o responsável às sanções previstas no artigo 242, da Lei nº 9.503/97 e no artigo 299, do Código Penal.

_____ /SP _____ de _____ de 20 _____ .

Assinatura do requerente/representante