



ASSOCIAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DE PARACATU

## REQUERIMENTO DE CREDENCIAL

### Registro/Protocolo

**Ilmo. Sr. Secretário Municipal de Transportes,**

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso, destinadas às pessoas com deficiência física ou com modalidade reduzida.

### DADOS DO (a) SOLICITANTE

Nome da pessoa com deficiência		Data de nascimento	Sexo ( ) M ( ) F
Endereço (Rua, Avenida)		Número	Complemento -
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone	RG –	Data de expedição	Expedido por -
CNH (se for condutor)	Validade CNH	E-mail	

### DADOS DO (a) REPRESENTANTE

Nome do representante (quando for necessário)		Telefone	
Endereço (Rua, Avenida)		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
RG	Data de expedição	Expedido por	E-mail

### Documentos necessários

#### Para todos os tipos de requerimento

- Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida;
- Cópia simples da carteira de Habilitação (ou equivalente) do **representante** da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida;
- No caso do representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência física ou mobilidade reduzida;
- 1(uma) foto3x4 da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

### Documentos complementares

Nome		DN	Sexo ( ) M ( ) F
Endereço (Rua, Avenida)		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone	RG	Data de expedição	Expedido por -

Relatório médico e histórico da deficiência

**Solicitação:** (x) Inicial ( ) Renovação

- Atestado médico, conforme o Anexo II deste requerimento, para pessoa portadora de deficiência física permanente ou para pessoa com mobilidade temporária, por período mínimo de dois meses;
- No caso de renovação, após um ano, devolução da credencial, sempre que possível.

**Substituição: (dentro do prazo de validade):** ( ) Perda ( ) Roubo ( ) Furto ( ) Dano

- Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso;
- Em casos de dano, devolver a credencial.

#### ATESTADO MÉDICO – FINALIDADE

Para fins de autorização especial por meio da credencial para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos de veículo dirigido ou que esteja **transportando pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida. Aplicando-se aos veículos de propriedade** ou a serviço das entidades representativas, assistenciais e asilares com atendimento a pessoas com deficiência física.

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome	Registro Profissional CRM
Local do Atendimento (Rua, Avenida)	Fone:

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

<b>Deficiência física Permanente</b> Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese ( ) Sim ( ) Não Deficiência ambulatória autônomo, decorrente de incapacidade mental.	<b>Mobilidade Reduzida Temporária</b> (com alto grau de comprometimento ambulatorio) Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese ( ) sim ( ) não Período previsto da restrição médica _____ a _____.
---	--

#### Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade:

##### Observação:

- Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistema ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade do solicitante;
- Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados;
- Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Secretária Municipal de Transportes emitirá autorização com validade de no mínimo 2 (dois) meses e no máximo 1 (um) ano.
- A Secretária Municipal de Transportes se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares;
- O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da credencial da Secretária Municipal de Transportes se estiver devidamente preenchido com as informações médicas;
- As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II.
- O Médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Paracatu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e CRM do Médico

**Autorizo:** a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção da credencial junto Secretária Municipal de Trânsito