



O presente somente terá validade para a finalidade de concessão do cartão de Autorização Especial de Estacionamento para pessoas com deficiência, nas vagas reservadas aos veículos com pessoas com deficiência, devidamente sinalizadas, conforme Lei Federal nº 9.503/98 (Código de Trânsito Brasileiro)

Atestado Médico

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

NOME				DATA DE NASCIMENTO	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	TELEFONE	
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO	CEP
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID - 10
Deficiência FÍSICA <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL <input type="checkbox"/> Deficiência MENTAL <input type="checkbox"/>	(listar todos os códigos necessários)

Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade de deambular (comprometimento físico de locomoção)

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara com **letra de forma** ou datilografados;
O CRV se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a **parecer técnico** e ainda **avaliação presencial**.

Deficiência com comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção permanente

Deficiência com comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção temporária. Prazo: _____

Nova Friburgo, de de

Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico