



PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIRITE - PMI
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - SEDECO
DEPARTAMENTO DE MOBILIDADE URBANA - IBIRITRANS

Formulário Médico (Deve ser preenchido somente pelo médico).

FINALIDADE

Para fins de autorização de trânsito para cadastro de veículo, para aquisição de Credencial que autoriza o estacionamento na vaga especial, nos termos da Resolução do Contran Nº.965/22 e pela Portaria Municipal Nº.41 de 31 de Janeiro de 2018.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SOLICITANTE DA CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO NA VAGA ESPECIAL.

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE

DATA DE NASC.

/ /

SEXO

RG

UF/RG

CPF

E-MAIL

☐ MASC ☐ FEM

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO

REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)

LOCAL DO ATENDIMENTO

FONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. Preencher

☐ Marcar se pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Deficiência Intelectual ☐

CID: _____

Deficiência Mental ☐

CID: _____

É Interditado?

Sim ☐

Não ☐

Deficiência Visual ☐

CID H54.0 ☐

CID H54.1 ☐

CID H54.2 ☐

Acuidade Visual: _____

Deficiência Física ☐

Permanente ☐

Provisória ☐

Período: de _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____

CID referente ao comprometimento de deambulação: _____

Deficiência Auditiva ☐

Bilateral ☐

Unilateral ☐

Total ☐

Parcial ☐

Decibéis: _____

2. Preencher se pessoa em tratamento debilitante

Quimioterapia ☐

Radioterapia ☐

Hemodíalise ☐

DPOC ☐

Outros ☐ Descrever: _____

CID referente ao comprometimento de deambulação: _____

3. Limitações para atividades

☐ Autocuidado

☐ Convívio social

☐ Comportamentos repetitivos

☐ Mobilidade

☐ Atividades da vida diária

☐ Aprendizagem e aplicação de conhecimento

☐ Comunicação

☐ Relações e interação interpessoal

☐ Alteração emocional anormal quando há alguma mudança na rotina

☐ Dificuldade em interações sociais

☐ Utiliza cadeira de rodas, andador, bengala, ostomia ou O2

☐ Não apresenta limitações para atividades

3. DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS ATUAIS E DAS SEQUELAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO).

Ibirité,

de

de 20____

Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste formulário, para a finalidade de obtenção da Credencial para estacionamento na vaga especial.

Assinatura do solicitante da credencial para estacionamento na vaga especial ou de seu representante legal.

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO PARA ESTACIONAMENTO ESPECIAL****REGISTRO N°****CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO ESPECIAL****TIPO DE DEFICIÊNCIA**☐ PESSOA COM DEFICIÊNCIA☐ FÍSICA☐ IDOSO☐ VISUAL**1 DADOS DO SOLICITANTE**

NOME DO SOLICITANTE:

SEXO

RG OU CNH

DATA DE NASCIMENTO

CPF

☐ F
☐ M

E-MAIL

TELEFONE(S) PARA CONTATO

ENDEREÇO

N°

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

CIDADE

2 DADOS DO REPRESENTANTE

NOME

RG OU CNH

CPF

E-MAIL

TELEFONE(S) PARA CONTATO

3 DOCUMENTAÇÕES (APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA) - ORIGINAIS E CÓPIA

** REGISTRO GERAL DE IDENTIDADE CIVIL (RG) OU CNH DO SOLICITANTE;
** COMPROVANTE RECENTE DE ENDEREÇO DO SOLICITANTE (DEVE RESIDIR EM IBIRITÉ);
** REGISTRO GERAL DE IDENTIDADE CIVIL (RG) OU CNH DO REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO HOUVER);
** PROCURAÇÃO SIMPLES AUTORIZANDO O REPRESENTANTE;
** LAUDO DO DETRAN (QUANDO HOUVER, NO CASO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA).

4 DECLARAÇÃO

DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA DECLARADAS, BEM COMO AS INFORMAÇÕES CONSTANTES DOS DOCUMENTOS POR MIM APRESENTADOS PARA EFEITOS DA PRESENTE SOLICITAÇÃO. DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE DE QUE O USO DE VAGAS DESTINADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E ÀS PESSOAS IDOSAS EM DESACORDO COM O DISPOSTO EM REGULAMENTO CARACTERIZA INFRAÇÃO PREVISTA NO ARTIGO 181, INCISO XVII DO CTB.

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO ATENDENTE