

Atestado Médico

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial de Trânsito para cadastro de veículo para a isenção do Rodízio Municipal de Veículos para pessoa com deficiência com dificuldade de mobilidade, nos termos do Decreto 58.584/18, Decreto 58.604/19 e Portaria SMT. DSV 33/19 do Rodízio Municipal de Veículos e Lei Federal 13.146/15, Lei Federal 13.281/16, Lei Federal 9.503/97, Lei 12.764/12 e Portarias DSV.GAB 66/17 e DSV.GAB 01/18 do Cartão de Estacionamento DeFis.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

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

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. Preencher se pessoa com deficiência

Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> CID: _____	Deficiência Mental <input type="checkbox"/> CID: _____	É Interditado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Deficiência Visual <input type="checkbox"/> CID H54.0 <input type="checkbox"/> CID H54.1 <input type="checkbox"/> CID H54.2 <input type="checkbox"/> Acuidade Visual: _____		
Deficiência Física <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Provisória <input type="checkbox"/> Período: de ____/____/____ à ____/____/____ CID referente ao comprometimento de deambulação: _____		
Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Decibéis: _____		

2. Preencher se pessoa em tratamento debilitante

Quimioterapia <input type="checkbox"/>	Radioterapia <input type="checkbox"/>
Hemodíalise <input type="checkbox"/>	DPOC <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/> Descrever: _____	
CID referente ao comprometimento de deambulação: _____	

3. Limitações para atividades

<input type="checkbox"/> Autocuidado	<input type="checkbox"/> Convívio social	<input type="checkbox"/> Comportamentos repetitivos	<input type="checkbox"/> Mobilidade
<input type="checkbox"/> Atividades da vida diária	<input type="checkbox"/> Aprendizagem e aplicação de conhecimento	<input type="checkbox"/> Comunicação	<input type="checkbox"/> Relações e interação interpessoal
<input type="checkbox"/> Alteração emocional anormal quando há alguma mudança na rotina	<input type="checkbox"/> Dificuldade em interações sociais	<input type="checkbox"/> Utiliza cadeira de rodas, andador, bengala, ostomia ou O2	<input type="checkbox"/> Não apresenta limitações para atividades

3. Descrição dos tratamentos atuais e das sequelas (preenchimento obrigatório)

São Paulo, de _____ de 20____
Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção da isenção do Rodízio Municipal de Veículos.

Assinatura da Pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade ou de seu Representante Legal