

ATESTADO MÉDICO

**Finalidade:**

Para fins de comprovação da dificuldade de locomoção, com o intuito da emissão de Credencial para Estacionamento em vagas com o Símbolo Internacional de Acesso, por pessoa Portadora de Necessidades Especiais (PNE), em conformidade com a Lei Federal nº 10.098 e a Resolução do CONTRAN nº 304/2008.

Dados do Solicitante

Nome da Pessoa PNE		Data de Nascimento / /		Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Endereço (Rua/Av.)			Nº		Complemento
Bairro	CEP	Videira - SC		Telefone	Celular
Identidade	Data da Expedição / /	Expedido por	CPF		
CNH	Validade da CNH / /	E-MAIL			

Identificação do Médico

Nome	Registro Profissional	Local de Atendimento
------	-----------------------	----------------------

Informações Médicas

Grau de Dificuldade de Locomoção () Alto () Médio () Baixo	Observações Pertinentes à Dificuldade de Locomoção:
Utiliza Cadeira de Rodas, Aparelhagem Ortopédica ou Prótese () Não () Sim	
Possui Deficiência Ambulatória Autônoma, decorrente de incapacidade mental. () Não () Sim	

Descrição, Natureza e CID da lesão que justifique a dificuldade de locomoção:

Observações:

- 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, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. O ORTRAVI se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares, caso seja necessário.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial de Estacionamento se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. A informação acima prestada tem como finalidade atender Constituição federal, Cap. VII, Art.227, § 1º, Inciso II bem como Decreto nº 9.589/10, de 13 de dezembro de 2010.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas ao PPTRAN.

Pinheiro Preto/SC, _____ de _____ de _____.

Nome / CRM / Assinatura do Médico