



ATESTADO MÉDICO

A SER PREENCHIDO	IDENTIFICAÇÃO POR REQUERENTE / BENEFICIÁRIO			
	NOME:	DATA NASC.: ____ / ____ / ____		
	ENDEREÇO:	Nº	COMP.:	
	BAIRRO:	CIDADE: COSMÓPOLIS	UF: SP	CEP.:
FONE: ()	CPF:	SEXO: [] MASC / [] FEM		

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	INFORMAÇÕES MÉDICAS	
	O REQUERENTE POSSUI deficiência AMBULATORIA causada por:	
	UTILIZA: <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> APARELHO ORTOPÉDICO <input type="checkbox"/> PRÓTESE	
	DEFICIENTE AMBULATORIO AUTÔNOMA DECORRETE DE INCAPACIDADE METAL <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO INFORMAR O PERÍODO PREVEISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:
	TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____
	Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular: _____ _____	
	Observações: 1. Descrição sucinta, informando o tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistema ou aparelho e estabelecer nexos entre a patologia e incapacidade ou dificuldade ambular do solicitante; 2. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados; 3. Nos casos de mobilidade reduzida temporária, O DT emitirá validade mínima de 02 (dois) meses e no máxima 2 (dois) anos. 4. O DT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
	É beneficiário do cartão de vaga especial, pessoa com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(s), que a obrigue ou não a utilizar, cadeiras de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de deficiência orgânica ou incapacidade metal, ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio. O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO DE VAGA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
	O presente formulário somente terá validade para finalidade de emissão do cartão PCMR se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas tem como finalidade atender a Resolução nº 304 do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este Órgão, sob as penas da Lei.	
_____ Assinatura / Carimbo do Médico		