



**ANEXO III**  
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LEME**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA, TRÂNSITO, CIDADANIA E DEFESA CIVIL**

**ATESTADO MÉDICO**

**CEVE (Cartão de Estacionamento de Vaga Especial)**



<b>PREENCHIDO PELO REQUERENTE</b>	<p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOME</td> <td style="width: 25%;">DATA DE NASCIMENTO</td> <td style="width: 25%;">SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ENDEREÇO (RUA, AV.)</td> <td>Nº</td> <td>COMPLEMENTO</td> </tr> <tr> <td>BAIRRO</td> <td>CEP</td> <td>CIDADE</td> </tr> <tr> <td>FONE</td> <td>RG</td> <td>DATA DE EXPEDIÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão CEVE</td> </tr> </table>				NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	ENDEREÇO (RUA, AV.)	Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP	CIDADE	FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão CEVE												
	NOME	DATA DE NASCIMENTO	SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>																										
ENDEREÇO (RUA, AV.)	Nº	COMPLEMENTO																											
BAIRRO	CEP	CIDADE																											
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO																											
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão CEVE																													
Assinatura do beneficiário ou representante																													
<b>PREENCHIDO PELO MÉDICO</b>	<p style="text-align: center;"><b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOME</td> <td style="width: 50%;">REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)</td> </tr> <tr> <td>LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)</td> <td>FONE</td> </tr> </table>				NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	FONE																					
	NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)																											
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	FONE																												
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>																													
<p style="text-align: center;"><b>O Requerente possui deficiência AMBULATÓRIA causada por:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Deficiência física: <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Membro(s): Inferior(es): <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">Superior(es): <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Utiliza Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/></td> <td>Aparelhagem ortopédica: <input type="checkbox"/></td> <td>Prótese: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>DIFÍCULDADE DE LOCOMOÇÃO COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO</td> </tr> <tr> <td>DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>TEMPORÁRIA: <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PÉRIODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA. ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ (MÍNIMO 2 MESES e MÁXIMO 1 ANO)</td> </tr> <tr> <td>PERMANENTE: <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Prazo de validade do cartão de (05) cinco anos a partir de ____ / ____ / ____</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade ambular:     </td> </tr> </table>					Deficiência física: <input type="checkbox"/>	Membro(s): Inferior(es): <input type="checkbox"/>	Superior(es): <input type="checkbox"/>	Utiliza Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/>	Aparelhagem ortopédica: <input type="checkbox"/>	Prótese: <input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/>	DIFÍCULDADE DE LOCOMOÇÃO COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO	DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEMPORÁRIA: <input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PÉRIODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA. ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ (MÍNIMO 2 MESES e MÁXIMO 1 ANO)			PERMANENTE: <input type="checkbox"/>	Prazo de validade do cartão de (05) cinco anos a partir de ____ / ____ / ____			Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade ambular:     				
Deficiência física: <input type="checkbox"/>	Membro(s): Inferior(es): <input type="checkbox"/>	Superior(es): <input type="checkbox"/>																											
Utiliza Cadeira de rodas: <input type="checkbox"/>	Aparelhagem ortopédica: <input type="checkbox"/>	Prótese: <input type="checkbox"/>																											
DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/>	DIFÍCULDADE DE LOCOMOÇÃO COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO																											
DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
TEMPORÁRIA: <input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PÉRIODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA. ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ (MÍNIMO 2 MESES e MÁXIMO 1 ANO)																												
PERMANENTE: <input type="checkbox"/>	Prazo de validade do cartão de (05) cinco anos a partir de ____ / ____ / ____																												
Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade ambular:     																													
<p><b>Observações:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.</li> <li>2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.</li> <li>3) Para a pessoa com deficiência física permanente, terá o prazo de validade de 05 (cinco) anos a partir da data de emissão deste atestado.</li> <li>4) Nos casos de dificuldade de locomoção temporária, a Divisão Municipal de Trânsito emitirá autorização com validade mínima de 02 (dois) meses e no máximo de 01 (um) ano.</li> <li>5) Havendo necessidade de prolongar o prazo, haverá necessidade de nova solicitação.</li> <li>6) A Divisão Municipal de Trânsito se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.</li> </ol>																													
<p>É beneficiária do cartão CEVE a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com dificuldade de locomoção com alto grau de comprometimento ambulatório.</p>																													
<p><b>O REQUERENTE SE ENQUADRADA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEVE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</b></p>																													
<p>O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEVE se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.</p>																													
<p>As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II bem como a Portaria Municipal Nº 0001/SSTCDC de 12 de Janeiro de 2010.</p>																													
<p>O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da lei.</p>																													
<p>Leme, _____ de _____ de _____. <span style="float: right;">Assinatura / Carimbo do médico</span></p>																													