



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



ATESTADO MÉDICO  
CEVE (Cartão de Estacionamento de Vaga Especial)

PREENCHIDO PELO REQUERENTE	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO</b>	
NOME	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO (RUA, AV.)	SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
BAIRRO	CEP
FONE	RG
CIDADE	
UF	
DATA DE EXPEDIÇÃO	
EXPEDIDO POR	
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão CEVE	
Assinatura do beneficiário ou representante	

PREENCHIDO PELO MÉDICO	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b>	
NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	FONE
<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>	
O Requerente possui deficiência AMBULATORIA causada por:	
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 AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>	DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
TEMPORÁRIA: <input type="checkbox"/> EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO 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:	
<b>Observações:</b>	
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 nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.	
2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.	
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.	
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.	
5) Havendo necessidade de prolongar o prazo, haverá necessidade de nova solicitação.	
6) A Divisão Municipal de Trânsito se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
É beneficiária do cartão CEVE a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatoria 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 ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com dificuldade de locomoção com alto grau de comprometimento ambulatorio.	
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEVE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEVE se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.	
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.	
O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da lei.	
Leme, ____ de ____ de ____.	
Assinatura / Carimbo do médico	