



PREFEITURA DE SOROCABA

URBES – Trânsito e Transportes (ANEXO III) ATESTADO MÉDICO

URBES
TRÂNSITO E TRANSPORTES

Credencial de Estacionamento para Pessoas com Deficiência

À SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO			
	NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
	ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
	FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
À SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
	NOME		REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)		FONE	
	INFORMAÇÕES MÉDICAS			
	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:		
	TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	_____/_____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)		
	Observações: 1) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. 2) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a URBES emitirá autorização com validade mínima de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação 3) A URBES se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.			
	É beneficiária do CEPD a pessoa com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) ou ambos, que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio ou ainda com incapacidade ou dificuldade de ambular.			
	O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD-URBES? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD-URBES, 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 Resolução nº. 304 de 18 de dezembro de 2008 do CONTRAN e a Resolução da URBES nº 08/2009 vigente. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas a este órgão, sob as penas da lei.				
Sorocaba, ____ de _____ de 20__ .				
_____ Assinatura/Carimbo do Médico				