



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE URBANA
DIRETORIA DE TRANSPORTES

Atestado Médico

O presente somente terá validade para a finalidade de concessão do cartão de Autorização Especial de Estacionamento para pessoas com deficiência, nas vagas reservadas aos veículos com pessoas com deficiência, devidamente sinalizadas, conforme Lei Federal nº 9.503 (C.T.B),

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

NOME				DATA DE NASCIMENTO	
SEXO ☐ MASC ☐ FEM	RG	UF/RG	CPF	TELEFONE	
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO	CEP
BAIRRO	CIDADE		UF	E-MAIL	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS — CID - 10
Deficiência FÍSICA ☐ Deficiência VISUAL ☐ Deficiência MENTAL ☐ Transtorno Espectro Autista ☐ Visão Monocular ☐ Obs: Em caso de comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção temporária, descrever o prazo de duração, o qual não deve ser superior a 2 (dois) anos	(listar todos os códigos necessários)
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade de deambular (comprometimento físico de locomoção)	
Obs: 1 - Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara com letra de forma ou datilografados; O atestado médico terá validade não superior a 04 (quatro) meses a contar da data da emissão Obs: 2 – Em caso de visão monocular, descrever os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo, bem como a limitação para o desempenho da atividade.	

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas;
O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Cuiabá, de de

Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico