



Ficha Cadastral de Deficiente Físico  
Cadastro Nº \_\_\_\_\_  
(Favor Preencher em Letra de Forma)

Nome \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: Solteiro(a)  Casado(a)  Outros

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Pouso Alegre MG

Tel: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Org.Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

REQUERIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, domiciliado em Pouso Alegre e portador dos documentos acima preenchidos, conforme estabelecido na resolução nº 304 de 18/12/2008 do Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN, venho por meio deste solicitar Autorização Especial de Estacionamento para Deficiente Físico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente ou Representante Legal (se for o caso) Pouso Alegre, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Declaro a veracidade das informações acima sob pena da Lei

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso):**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Pouso Alegre MG

Tel: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Org.Exp.: \_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Documentação Necessária:**

- Cópia legível do comprovante de endereço (emitido no máximo nos 3 meses anteriores ao pedido) em **Pouso Alegre** no **NOME** da pessoa interessada, se estiver no nome do cônjuge, apresentar cópia certidão de casamento;
- Cópia legível do documento de identidade e CPF ou da Carteira Nacional de Habilitação;
- Cópia do comprovante da representação legal (curatela ou procuração) e cópia simples de documento oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) do representante Legal, quando for o caso.
- Atestado médico (vide verso) preenchido, carimbado e assinado pelo médico responsável, em atendimento a Resolução 304 do CONTRAN.



### ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO				
A SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	NOME	DATA NASCIMENTO: ___/___/___	[ ] MASC [ ] FEM	
	ENDEREÇO:	N.º	COMPLEMENTO:	
	BAIRRO:	CIDADE: POUSO ALEGRE	UF: MG	CEP.: 37.550-000
	FONE:	RG.:	DATA DA 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				

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA, AV.)	FONE:
INFORMAÇÕES MÉDICAS	
O REQUERENTE POSSUI deficiência AMBULATORIA causada por:	
UTILIZA: <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> APARELHAGEM ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/> PRÓTESE	
DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>
PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:
TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____
Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular: _____ _____	
<b>Observações:</b> 1. Descrição sucinta, informando o tipo da 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 ambular do solicitante; 2. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados; 3. Nos casos de mobilidade reduzida temporária, O DMTT emitirá validade mínima de 02 (dois) meses e no máximo 3 (três) anos. 4. A SMTT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
É beneficiária do cartão de vaga especial, pessoa com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(s) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de deficiência orgânica ou incapacidade mental, ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.	
<b>O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO DE VAGA ESPECIAL?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O presente formulário somente terá validade para finalidade de emissão do cartão CEVE se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas tem como finalidade atender a Resolução n.º 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	