



**Ficha Cadastral de Deficiente Físico**  
**Cadastro nº \_\_\_\_\_**

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

RG: \_\_\_\_\_ Org. Exp.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO**

Senhor Secretário Municipal de Trânsito e Transportes, solicito a **Autorização Especial de Estacionamento** para deficiente físico, conforme estabelecido na Lei Federal nº 13.146/2015, Resolução nº 965/2022 do CONTRAN, e o Decreto Municipal nº 3329/2010. Declaro a veracidade das informações acima prestadas sob pena da Lei.

Pouso

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Alegre

Requerente

**REPRESENTANTE LEGAL (Se houver)**

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

RG: \_\_\_\_\_ Org. Exp.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Representante Legal (Se houver)

**Documentação necessária:**

- ( ) Cópia legível do comprovante de endereço no Município de Pouso Alegre, em nome da pessoa interessada, (emitido no máximo com 03 (três) meses de antecedência ao pedido);
- ( ) Apresentar Cópia da Certidão de Casamento em caso do endereço estiver no nome do cônjuge;
- ( ) Cópia legível do documento de identidade ou Carteira Nacional de Habilitação e CPF;
- ( ) Cópia do comprovante de representação legal (procuração ou curatela), se houver;
- ( ) Cópia legível do documento de identidade, CNH do Representante Legal (se houver);
- ( ) **Atestado preenchido, assinado no verso deste formulário**, contendo carimbo do médico responsável, CID e a descrição da doença, em atendimento a Lei Federal nº 13.146/2015;
- ( ) Em caso de renovação, é necessária a devolução do **Cartão de Estacionamento (Original)**;
- ( ) Em caso de perda do cartão, apresentar **Boletim de Ocorrência (BO)**.

**Obs:** O protocolo para entrega dos documentos listados acima é feito na **Central de Atendimento:**  
Rua Dionísio Machado, 96, Santa Lúcia.

Praça João Pinheiro, 73 - Centro, Pouso Alegre - MG, 37550-191

(35) 3449-4986 | financeirosmtt@gmail.com



A SER PREENCHIDO PELO  
REQUERENTE

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO			
NOME		DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____	
ENDERECO:		N.º	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CIDADE: POUSO ALEGRE		UF: MG
FONE:	RG.:	DATA DA 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			

### ATESTADO MÉDICO

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
NOME:		REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA, AV.)		TELEFONE:	
INFORMAÇÕES MÉDICAS			
O REQUERENTE POSSUI DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA CAUSADA POR:			
UTILIZA:	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	<input type="checkbox"/> APARELHAGEM ORTOPÉDICA	<input type="checkbox"/> PRÓTESE
DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO	<input type="checkbox"/>
PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO	
TEMPORÁRIO	<input type="checkbox"/>	MÉDICA: _____ / _____ a _____ / _____	
Descrição e CID da deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:			
<hr/> <hr/>			
<b>Observações:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Descrição sucinta, informando o tipo da 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 ambular do solicitante;</li> <li>Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados;</li> <li>Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Secretaria Municipal de Trânsito e Transportes - SMTT, emitirá o cartão com validade mínima de 02 (dois) meses e no máximo 03 (três) anos.</li> <li>A SMTT reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.</li> </ol>			
É beneficiário do cartão de vaga especial, pessoa 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, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatória autônoma, decorrente de deficiência orgânica ou incapacidade mental, ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.			
<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 965/2022, do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este Órgão, sob as penas da Lei.			
<hr/> Assinatura / Carimbo do Médico			