



## ATESTADO MÉDICO

### FINALIDADE

Para fins de autorização especial por meio do Cartão DeFis - DSV para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de São Paulo, de veículo utilizado por pessoa portadora de deficiência física, 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, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório.

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

|                   |     |                 |  |
|-------------------|-----|-----------------|--|
| NOME              |     | DATA NASCIMENTO | SEXO<br><input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| ENDEREÇO (RUA/AV) |     | Nº              | COMPLEMENTO  |
| BAIRRO            | CEP | CIDADE          | UF   |
| FONE              | RG  | DATA EXPEDIÇÃO  | EXPEDIDO POR   |

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| NOME                          | REGISTRO PROFISSIONAL (CRM) |
| LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA/AV) | FONE                        |

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

|   |  |
|---|--|
| <b>DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE</b><br>Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental | <b>MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA</b><br>(com alto grau de comprometimento ambulatório)<br>Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Período previsto da restrição médica:<br>___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ (mínimo de 2 meses) |
|---|--|

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

---

---

---

#### Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, 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 deambular do solicitante.

Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, o DSV emitirá autorização com validade no mínimo de 2 meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.

O DSV se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão DeFis - DSV se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas tem como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como o Decreto Municipal 36.073, de 9 de maio de 1996.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

São Paulo, de de 200 .

\_\_\_\_\_  
Nome e CRM do médico

#### Autorizo:

A divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão DeFis - DSV.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do deficiente ou representante