



ATESTADO MÉDICO

ESTE ATESTADO DESTINA-SE À EXPEDIÇÃO DO CARTÃO DE ESTACIONAMENTO DE VEÍCULO PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA NO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA.
Base Legal: Decreto Municipal nº 1.922, de 25 de setembro de 2019.

NOME DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA OU PESSOA COM MOBILIDADE REDUZIDA *			
CPF *	RG *	ÓRGÃO EMISSOR DO RG *	
NOME/CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA *			CÓDIGO CID *
IDENTIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E/OU MOBILIDADE VERIFICADAS *			
PERÍODO DO PROGNÓSTICO *			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 MESES	6 MESES	1 ANO	PERMANENTE
NOME DO (A) MÉDICO (A) *			Nº DO CRM *

Atesto, para fins de habilitação à expedição do cartão de estacionamento de veículo para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, junto ao Departamento Municipal de Trânsito de Esperança - PB, que o(a) paciente supracitado(a) é portador(a) da deficiência ou mobilidade reduzida mencionada.

_____, ____ de _____ de _____.

DATA INFERIOR A 90 (NOVENTA) DIAS.

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO (A) *

LEI MUNICIPAL Nº 367 DE 17 DE MAIO DE 2019.

Art. 2º Para efeito desta Lei, considera-se:

[...]

II - Pessoa portadora de deficiência: aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo, o que pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas;
III - Pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso.