



**REQUERIMENTO DE CARTÃO CEDs – DITRAN**

**Ilmo. Sr. Chefe da Divisão de Trânsito – DITRAN**

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio de Cartão CEDs – DITRAN, para estacionar em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas portadoras de deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a Legislação vigente.

<b>DADOS DO SOLICITANTE</b>			
NOME		NASCIMENTO	SEXO
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH	E-MAIL	
<b>REPRESENTANTE</b>			
NOME		E-MAIL	
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR
<b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida.</li><li>• Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) do representante legal da pessoa portadora de deficiência física ou mobilidade reduzida, quando for o caso.</li></ul> No caso de representante legal, apresentar cópia simples de documento comprovando que o mesmo é representante da pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida.			
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Solicitação:</b> ( ) Inicial ( ) Renovação</li></ul> Atestado médico, emitido no Maximo a três meses ( cópia simples), no caso de deficiência física ou mobilidade reduzida permanente, em caso temporário atestado por período mínimo de dois meses. No caso de renovação, devolver o Cartão CEDs – DITRAN, sempre que possível. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Substituição (dentro do prazo de validade):</b> ( ) Perda ( ) Furto/Roubo ( ) Dano</li></ul> ANEXAR Cópia do boletim de ocorrência <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Devolução do Cartão CEDs – DITRAN</b></li></ul> Motivo: _____			
<b>INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS</b>			
<b>PRINCIPAL CONDIÇÃO DE USO DO CARTÃO:</b> ( ) Como Condutor ( ) Como Conduzido <b>INDICAR A QUEM PERTENCE(M) O(S) VEICULO(S) COSTUMEIRAMENTE UTILIZADO(S):</b> ( ) Titular do cartão ( ) Familiar do titular (primeiro grau) ( ) Familiar mais distante do titular ( ) Outros			
Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do cartão CEDs – DITRAN em conformidade com as disposições legais vigentes.			
Itupeva, ____ de _____ de 2019		Assinatura do titular ou representante _____	



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITUPEVA

### ATESTADO MÉDICO

Cartão de Estacionamento para Deficientes – CEDs-DITRAN

<b>À SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO</b>			
	NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
	ENDEREÇO (RUA, AV.)		N°	COMPLEMENTO
	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
FONE		RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CEDs-DITRAN				
_____ Assinatura do beneficiário ou representante				
<b>À SER PREENCHIDO PELO MÉDICO</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b>			
	NOME			REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)			FONE
	<b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>			
	<b>O REQUERENTE POSSUI de ficiência AMBULATÓRIA causada por:</b>			
	DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/>	MEMBRO(S):	INFERIOR(ES) <input type="checkbox"/>	SUPERIORES E INFERIORES <input type="checkbox"/>
	UTILIZA:	CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/>	APARELHAGEM ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/>	PRÓTESE <input type="checkbox"/>
	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 SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:		
	TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ à ____/____/_____ (MÍNIMO DE 2 MESES)		
Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:				
<b>Observações:</b>				
1) Descrição sucinta, informando o 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 ambular do solicitante.				
2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.				
3) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a DITRAN emitirá autorização com validade mínima de 2(dois) meses e no máximo de 1(um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.				
4) A DITRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.				
É beneficiária do cartão CEDs a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatoria 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 ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.				
<b>O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEDs-DITRAN?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEDs-DITRAN se estiver devidamente preenchido com as informações médicas				
As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II bem como o A RESOLUÇÃO DO CONTRAN Nº 304 DE 18 DE DEZEMBRO DE 2008				
O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.				
Itupeva, _____ de _____ de 20____				
_____ Assinatura/Carimbo do Médico				