

ANEXO II**ATESTADO MÉDICO****FINALIDADE:**

Para fins de emissão do Cartão de Estacionamento em Vagas Especiais para portador de deficiência física, devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos e particulares, com dificuldade ambulatorial no(s) membro(s) inferior(es) ou membro(s) superior(es) e inferior(es), que obrigue ou não a utilizar temporária ou permanentemente: cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente, com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ CPF: _____

RG: _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ UF: _____

ENDEREÇO: _____

FONE: (____) _____ E-MAIL: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO:

NOME: _____

CRM: _____ LOCAL DE ATENDIMENTO: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS:

DEFICIÊNCIA PERMANENTE: SIM () NÃO ()

TRANSITÓRIA: SIM () NÃO ()

PERÍODO DA RESTRIÇÃO: ____/____/____ A ____/____/____

DEVERÁ SER PORTADOR DO CARTÃO: SIM () NÃO ()

DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA:

_____**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO****GOIÂNIA, ____/____/____**