



O presente somente terá validade para a finalidade de concessão do cartão de Autorização Especial de Estacionamento para pessoas com deficiência, nas vagas reservadas aos veículos com pessoas com deficiência, devidamente sinalizadas, conforme Lei Federal nº 9.503/98 (Código de Trânsito Brasileiro)

## Atestado Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

|  |        |       |        |                    |     |
|--|--------|-------|--------|--------------------|-----|
| NOME   |        |       |        | DATA DE NASCIMENTO |     |
| SEXO<br><input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | RG     | UF/RG | CPF    | TELEFONE           |     |
| ENDEREÇO   |        |       | Nº     | COMPLEMENTO        | CEP |
| BAIRRO   | CIDADE | UF    | E-MAIL |                    |     |

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| NOME DO MÉDICO       | REGISTRO PROFISSIONAL (CRM) |
| LOCAL DO ATENDIMENTO | TELEFONE                    |

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

| TIPO DE DEFICIÊNCIA   | CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID - 10 |
|---|--|
| Deficiência FÍSICA <input type="checkbox"/><br>Deficiência VISUAL <input type="checkbox"/><br>Deficiência MENTAL <input type="checkbox"/> | (listar todos os códigos necessários)      |

**Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade de deambular (comprometimento físico de locomoção)**

**Observações:** Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara com **letra de forma** ou datilografados;  
O CRV se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a **parecer técnico** e ainda **avaliação presencial**.

Deficiência com comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção permanente

Deficiência com comprometimento de mobilidade ou dificuldade de locomoção temporária. Prazo: \_\_\_\_\_

Nova Friburgo, de de

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo com CRM do Médico