

**PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DE MOBILIDADE****ANEXO II
ATESTADO MÉDICO****Credencial de Estacionamento para Pessoas com Deficiência**

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO		
NOME	NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO (RUA, AV.)	Nº	Complemento
TELEFONE(S)	R.G.	CPF

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.):	TELEFONE:
INFORMAÇÕES MÉDICAS	
PERMANENTE: <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA: <input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA: ____/____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)
Observações: 1) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. 2) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SEMOB/URBES 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. 3) A SEMOB/URBES se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
É beneficiária da CEPD a pessoa com qualquer tipo de comprometimento da sua mobilidade, seja física, psíquica, mental, intelectual e/ou sensorial de forma permanente ou temporária.	
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD-SEMOB? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD-URBES, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, art. 227, § 1º, inciso II, bem como A Resolução nº. 965 de 17 de maio de 2022 do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.	
Sorocaba, ___ de _____ de 20____.	
Assinatura/Carimbo do Médico	