



Superintendência Itaporanguense de Transportes e Trânsito

Rua João da Mata, S/N, Alto do Ginásio, Itaporanga-PB. E-mail: sittrans@itaporanga.pb.gov.br

ATESTADO MÉDICO

**Finalidade:**

Para fins de comprovação da dificuldade de locomoção, com o intuito da emissão de Credencial para Estacionamento em vagas com o Símbolo Internacional de Acesso, por pessoa Portadora de Necessidades Especiais (PNE), em conformidade com a Lei Federal nº 10.098 e a Resolução do CONTRAN nº 304/2008.

Dados do Solicitante

Nome da pessoa PNE		Data de Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Endereço (Rua/Av.)		Nº	Complemento	
Bairro	CEP	Itaporanga-PB	Telefone () -	Celular () -
Identidade	Data da Expedição / /	Expedido por	CPF	
CNH	Validade da CNH / /	E-mail		

Identificação do Médico

Nome	Registro Profissional	Local de Atendimento
------	-----------------------	----------------------

Informações Médicas

Grau de Dificuldade de Locomoção () Alto () Médio () Baixo	Observações Pertinentes à Dificuldade de Locomoção:
Utiliza Cadeira de Rodas, Aparelhagem Ortopédica ou Prótese () Não () Sim	
Possui Deficiência Ambulatoria Autônoma, decorrente de incapacidade mental. () Não () Sim	

Descrição, Natureza e CID da lesão que justifique a dificuldade de locomoção:

Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, 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 deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. A SCTRANS se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares, caso seja necessário.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial de Estacionamento se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. A informação acima prestada tem como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como demais normas vigentes.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a SITTRANS.

Itaporanga/PB, _____ de _____ de _____.

Nome/CRM/Assinatura do Médico