

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI

NITTRANS - NITERÓI, TRANSPORTE E TRÂNSITO

ANEXO I - REQUERIMENTO DE VAGA ESPECIAL

Ilmo. Sr. Presidente da NITTRANS - Niterói, Transporte e Trânsito

Solicito autorização especial, por meio do Cartão de Vaga Especial, para estacionamento em logradouros públicos nas vagas sinalizadas com o **Símbolo Internacional de Acesso** destinadas às pessoas portadoras de deficiência física e/ou com dificuldade de locomoção, conforme estabelecido na Resolução nº 304 de 18/12/2008 do CONTRAN vigente.

DADOS DO SOLICITANTE					
NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA			DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
ENDEREÇO (RUA, AV.)			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CEP	CIDADE		UF
FONE	RG		DATA DA EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR	
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH		E-MAIL		
REPRESENTANTE					
NOME DO REPRESENTANTE			E-MAIL		
ENDEREÇO (RUA, AV.)			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CEP	CIDADE		UF
FONE	RG		DATA DA EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR	
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES					
SOLICITAÇÃO: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO					
ATESTADO MÉDICO, CONFORME ANEXO II, EMITIDO NO MÁXIMO HÁ TRÊS MESES (ORIGINAL OU CÓPIA AUTENTICADA OU AINDA CÓPIA SIMPLES, NESTE CASO MEDIANTE APRESENTAÇÃO DO ORIGINAL PARA CONFERÊNCIA), PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.					
NO CASO DE RENOVAÇÃO, DEVOLUÇÃO DO CARTÃO CEVE, SEMPRE QUE POSSÍVEL.					
<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO (DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE); <input type="checkbox"/> PERDA <input type="checkbox"/> FURTO <input type="checkbox"/> ROUBO <input type="checkbox"/> DANO					
CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA QUANDO FOR O CASO.					
<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO:					
DEVOLUÇÃO DO CARTÃO CEVE, SEMPRE QUE POSSÍVEL.					
OBSERVAÇÕES: _____					
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 DE ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL, EM CONFORMIDADE COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS VIGENTES.					
NITERÓI, DE _____ DE 20 _____			_____		
			ASSINATURA DO DEFICIENTE OU REPRESENTANTE		

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE NITERÓI
NITTRANS - NITERÓI TRANSPORTE E TRÂNSITO
ANEXO II - ATESTADO MÉDICO
REQUERIMENTO DE VAGA ESPECIAL

À SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO			
	NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
	ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
	FONE	RG	DATA DA EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR:
	Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão CEVE. <p align="center">_____</p> Assinatura do beneficiário ou representante			

À SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
	NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
	LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)	FONE
	INFORMAÇÕES MÉDICAS	
	O REQUERIMENTO POSSUI deficiência AMBULATÓRIA causada por:	
	DEFICIÊNCIA FÍSICA: <input type="checkbox"/>	MEMBROS (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 <input type="checkbox"/>	MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE <input type="checkbox"/>
	DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL	COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO
	PERMANENTE <input type="checkbox"/>	EM SENDO TEMPORÁRIO INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA
	TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>	à _____
	Descrição e cid da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular: _____ _____ _____	
Observações: 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 NITTRANS emitirá autorização com validade mínima de 2 (dois) meses e no máximo 3 (três) anos. 4) A NITTRANS se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.		
É beneficiária do cartão de vaga especial 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 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 sem mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.		
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO DE VAGA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do cartão CEVE se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Resolução 304 do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da Lei.		
Niterói, _____ de _____ de 20 ____		
_____ Assinatura/Carimbo do Médico		