



SECRETARIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES

Prefeitura de Lorena – Estado de São Paulo

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO		
NOME:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: MASC () FEM ()
ENDEREÇO:	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO:	CIDADE:	
FONE	RG	CPF
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO		
NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)	
LOCAL DE ATENDIMENTO	FONE	
INFORMAÇÕES MÉDICAS		
PERMANENTE () TEMPORÁRIO ()	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA ____/____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)	
Especificação da restrição de mobilidade		
		CID
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD- SMTT? SIM () NÃO ()		
Observações: <ul style="list-style-type: none">Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a S.M.T.T. 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.A S.M.T.T se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.		
É beneficiária do CEPD a pessoa com deficiência : aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Pessoas mobilidade reduzida : aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso; E em decorrência dessas. O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD – S.M.T.T. se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas tem como base a Constituição Federal, Cap. VII, art. 227, § 1º inciso II, bem como a Resolução Nº 304 do CONTRAN de 18 de dezembro de 2008 culminado com a lei No 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000		