



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA/MG  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA  
DIRETORIA DE TRÂNSITO



**FORMULÁRIO DE LAUDO MÉDICO PARA ESTACIONAMENTO DE DEFICIENTE  
AVALIAÇÃO PARA O CARTÃO DE ESTACIONAMENTO DE DEFICIENTE**

Conforme Resolução do CONTRAN 304.2008, de 18/12/2008

**TODOS OS CAMPOS COM \* SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO!**

\*REQUERENTE: \_\_\_\_\_

\*LOCAL DE ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ \*DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*TIPO DE DEFICIÊNCIA OU DOENÇA	DESCRIÇÃO	*CID
FÍSICA	Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o <b>comprometimento da função física</b> , apresentando-se sob a forma de paraplegia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções.	
AUDITIVA	<b>Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais</b> , aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ. Equipara-se à pessoa com deficiência auditiva, as pessoas com surdez unilateral em grau de severa ou profunda, <b>maior de 70 decibéis (dB)</b> .	
VISUAL	<b>CEGUEIRA</b> , a qual a acuidade visual é <b>igual ou menor que 0,05 no melhor olho</b> , com a melhor correção óptica; <b>BAIXA VISÃO</b> , que significa acuidade visual entre <b>0,3 e 0,05 no melhor olho</b> , com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida dos campos visual em ambos os olhos for <b>igual ou menor que 60°</b> ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Equipara-se à pessoa com <b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b> , as pessoas com <b>cegueira total monocular</b> .	
INTELLECTUAL (Atenção: Transtornos mentais deverão ser encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial - CAPS)	Funcionamento intelectual <b>significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos</b> e limitações associadas a 2 (duas) ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: <b>a)</b> comunicação; <b>b)</b> cuidado pessoal; <b>c)</b> habilidades sociais; <b>d)</b> utilização dos recursos da comunidade; <b>e)</b> saúde e segurança; <b>f)</b> habilidades acadêmicas; <b>g)</b> lazer; e <b>h)</b> trabalho.	
AUTISMO	<b>Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais</b> , manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.	
<b>EM CASO DE TRATAMENTO PREVENTIVO, INFORMAR:</b>		
PESSOA COM DEFICIÊNCIA TEMPORÁRIA	TEMPO DE TRATAMENTO PREVENTIVO (Máximo de 6 meses) ( ) 1 MÊS   ( ) 2 MESES   ( ) 3 MESES   ( ) 4 MESES   ( ) 5 MESES   ( ) 6 MESES	
<b>*O TIPO DE DEFICIÊNCIA/DOENÇA:</b>		
NECESSITA DE ACOMPANHANTE?	( ) SIM   ( ) NÃO	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA/MG  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA  
DIRETORIA DE TRÂNSITO



**\*RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO  
(DESCRIÇÃO DO CID E/OU SEQUELA)**

**\*O TIPO DE DEFICIÊNCIA É PERMANENTE?**

SIM

NÃO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA / CARIMBO COM REGISTRO NO CRM DO(A) MÉDICO (A)

**CAMPO PARA PREENCHIMENTO DO DIRETRAN**

DEFERIDO

INDEFERIDO

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA / CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

Viçosa/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.