



MED-01

REQUERIMENTO DE CREDENCIAL PARA CONDUTOR

de acordo com a Resolução 304/08-CONTRAN e Instrução 184/09-DETRAN-DF

Ilmo. Sr.

Chefe do Núcleo de Medicina de Trânsito do Detran/DF

Eu(condutor com deficiência), _____
RG nº _____ SSP/_____, CPF _____ Telefones _____
Residência/domicílio _____ Bairro _____
CEP _____ Email _____

Solicito: () 1ª Solicitação () TROCA de adesivo/credencial de estacionamento.

Para tanto, anexo a seguinte documentação: (original e cópia)

- () CNH, RG e CPF do condutor
- () Laudo de junta médica do Detran se constar observação na CNH
- () Relatório médico atualizado incluindo o CID, (
- () RX, TOMOGRAFIA, RESSONANCIA, apresentar no dia da avaliação médica.
- () Adesivo/credencial anterior, no caso de troca

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO EXPRESSAM A VERDADE E, AINDA, ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE ACORDO COM A LEI, A CREDENCIAL SERÁ LIBERADA SOMENTE PARA A PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO E QUE, EM CASO DE INAPTIDÃO NO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL, A CNH SERÁ RETIDA NO ATO DO EXAME ATÉ QUE SEJAM REALIZADOS TODOS OS PROCEDIMENTOS.

Atenciosamente,

Brasília, ____ de _____ de _____ .

Assinatura/condutor

Parecer do NUMED:

- () Indeferido, MOTIVO _____.
- () Abrir renach para realização de avaliação médica
- () Agendar JME na(s) especialidade(s) _____.
- () Pendente, aguardando _____
- () Inapto para conduzir veículos convencionais
- () Cadastrar e emitir credencial

Data: ____/____/____

Médico perito examinador

RECEBI A CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO E ESTOU CIENTE DAS REGRAS DE SUA UTILIZAÇÃO.

EM: ____/____/____

ASSINATURA: _____