

**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA - SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA
DEPARTAMENTO DE CIRCULAÇÃO VIÁRIA/SUPERVISÃO DE AUTORIZAÇÕES**

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAL DE VAGA ESPECIAL PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Conforme Resolução Nº 123, de 11 de julho de 2018

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Requerente: _____

Local de exame: _____ Data: ____ / ____ / ____

Tipo de Deficiência	Descrição (*especialista da categoria da deficiência)	CID 10
FÍSICA	Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, hemiplegia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. *Ortopedista, Neurologista, Reumatologista, Fisioterapeuta ou Fisiatra.	
AUDITIVA	Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, 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, maior de 70 decibéis. *Otorrinolaringologista ou Fonoaudiólogo (apresentar Exame de Audiometria)	
VISUAL	Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Equipara-se à pessoa com deficiência visual, as pessoas com cegueira total monocular. *Oftalmologista (apresentar Exame de Acuidade Visual)	
INTELLECTUAL (transtornos mentais deverão ser encaminhados ao Centro de Apoio Psicossocial /CAPS)	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidade adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho. *Neurologista, Psiquiatra, Psicólogo, Psicopedagogo	
AUTISMO	Deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, 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 ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados; interesses restritos e fixos.	
O TIPO DE DEFICIÊNCIA É: () PERMANENTE () TEMPORÁRIO - PERÍODO: _____ meses		

RELATÓRIO MÉDICO E HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Assinatura do(a) médico(a) especialista com carimbo e registro no CRM

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20__