



Prefeitura de Treviso-SC
Departamento de Trânsito

**TERMO MÉDICO DE CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE SAÚDE
DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)**

(Deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável)

1. NOME DO PACIENTE

2. CPF

3. TIPO DE DEFICIÊNCIA (informar o nome)

4. PERÍODO

() Permanente

() Temporário. Pelo tempo estimado de: _____

DECLARO, para os devidos fins, que o paciente acima identificado possui condição específica de saúde correspondente à CID nº _____, denominado(a) _____

e apresenta impedimento(s) de natureza () física, () mental, () intelectual, () sensorial, pelo tempo indicado no item 4, que afeta(m) _____

o que gera a obstrução de sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

_____ de _____ de _____
(Município) (UF) (dia) (mês) (ano)

(Carimbo e Assinatura do Médico Responsável)
(Especialidade/CRM nº)