



**Prefeitura de
SOROCABA**

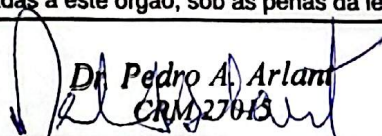
**PREFEITURA DE SOROCABA
SECRETARIA DE MOBILIDADE**

**ANEXO II
ATESTADO MÉDICO**

Credencial de Estacionamento para Pessoas com Deficiência

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO		
NOME João Gilberto Rocha Gonzalez Filho	NASCIMENTO 17/12/1991	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
ENDEREÇO (RUA, AV.) Ria Antonio Perez Hernandez	Nº 555	Complemento Apto 14 B
TELEFONE(S) 15 991000040	R.G. 50.538.506-5	CPF 426.918.788-30

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
NOME: Pedro A. Arlant	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM): 27015
LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.): Rua Peixoto Gomide, 515 - Cj. 94	TELEFONE: 11 999821886
INFORMAÇÕES MÉDICAS	
PERMANENTE: ☒ TEMPORÁRIA: ☐	EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA: ____/____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)
Observações: 1) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. 2) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SEMOB/URBES 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. 3) A SEMOB/URBES se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.	
É beneficiária da CEPD a pessoa com qualquer tipo de comprometimento da sua mobilidade, seja física, psíquica, mental, intelectual e/ou sensorial de forma permanente ou temporária.	
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD-SEMOB? SIM ☒ NÃO ☐	
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD-URBES, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, art. 227, § 1º, inciso II, bem como A Resolução nº. 965 de 17 de maio de 2022 do CONTRAN. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.	
Sorocaba, 10 de Junho de 2026.	
 Assinatura/Carimbo do Médico	