



MUNICIPIO DE CAÇAPAVA  
Secretaria Municipal de Defesa e Mobilidade Urbana



N° de registro

LAUDO MÉDICO

**FINALIDADE**

Para fins de Autorização Especial por meio da credencial para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

NOME			DATA DE NASC.	
SEXO ( ) F ( ) M	RG	CPF	TEL/CEL	
ENDEREÇO			N°	
CEP	BAIRRO	CAÇAPAVA		SP

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

NOME DO MÉDICO	REG. PROFISSIONAL(CRM)
LOCAL DE ATENDIMENTO	TELEFONE

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

DEFICIÊNCIA PERMANENTE	MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (com alto grau de comprometimento ambulatorio)
Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.  ( ) Sim ( ) Não  ( ) Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental.	Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.  ( ) Sim ( ) Não Período previsto da restrição médica: ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses)

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

**Observações:**

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante.

Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, será emitida autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II. Bem como a Resolução 304 do CONTRAN.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Caçapava, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção da credencial de Estacionamento Especial.

Caçapava, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal