



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA  
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO E SEGURANÇA

Rua Dr. Teófilo Ribeiro de Andrade, 295 – Centro, Tel.: (19) 3681-9500  
www.saojoao.sp.gov.br transito@saojoao.sp.gov.br

## LAUDO MÉDICO

### FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio da **CREDCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**, vagas reservadas ao estacionamento de veículos conduzidos por, ou que transportem, pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade, caracterizadas e regulamentadas pela sinalização horizontal e marca delimitadora de estacionamento regulamentado, acompanhada do Símbolo Internacional de Acesso (SIA).

É obrigatório o uso da credencial do beneficiário para o estacionamento nas vagas reservadas.

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Nome:		Data de Nascimento: / /	
Sexo:	RG:	UF/RG:	CPF:
Endereço:		Nº	Telefone:
CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome:	CRM:
Local de Atendimento:	Telefone:

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

#### DEFICIÊNCIA PERMANENTE

Deficiência Física nos membros inferiores com dificuldade de locomoção:

Sim  Não

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese:

Sim  Não

Deficiência de locomoção associada a diagnóstico de TEA (Transtorno de espectro Autista) Grau \_\_\_\_\_:

Sim  Não

Deficiência Física ambulatória autônoma decorrente de incapacidade mental:

Sim  Não

Deficiência Visual e com dificuldade de locomoção:

Sim  Não

#### MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA

(Com alto grau de comprometimento para locomoção)

Deficiência Física nos membros inferiores com dificuldade de locomoção:

Sim  Não

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese:

Sim  Não

Deficiência de locomoção associada a diagnóstico de TEA (Transtorno de espectro Autista) Grau \_\_\_\_\_:

Sim  Não

Gestante com dificuldade de locomoção:

Sim  Não

Período Previsto de Restrição Médica:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(mínimo de 2 meses e máximo de 1 ano)

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Natureza da Lesão:

Tipo da Lesão:

Parte do Corpo atingida:

CID:

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da **CREDCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas tem como finalidade, atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II.

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

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CRM do Médico

Autorizo a divulgação de informação médica a meu respeito, contidas neste laudo, para a finalidade de obtenção da **CREDCIAL DE ESTACIONAMENTO EM VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa com Deficiência ou Representante Legal