

FORMULÁRIO DE LAUDO DE AVALIAÇÃO PARA FINS DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO

SERVIÇO MÉDICO

Nome do serviço médico ou unidade de saúde	
CNPJ	Data de lavratura

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (PACIENTE)

Nome completo	CPF
E-mail	Telefone ()

ATESTADO

Atesto, para fins de obtenção de credencial de estacionamento para veículo de pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, regulamentada pela Resolução nº 965, de 17 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN, que o requerente identificado é pessoa com deficiência e comprometimento de mobilidade abaixo descritos.

DEFICIÊNCIA

Código Internacional de Doenças – CID-10:		
Tipo de Deficiência		
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Intelectual
<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Visão monocular	<input type="checkbox"/> Sensorial
<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Autismo	
Caráter da Deficiência		
<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporária	
Descrição da Deficiência		

COMPROMETIMENTO DA MOBILIDADE

Comprometimento ou redução da mobilidade
<input type="checkbox"/> POSSUI alteração que acarreta o comprometimento ou a redução da mobilidade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.
<input type="checkbox"/> NÃO POSSUI alteração que acarreta o comprometimento ou a redução da mobilidade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano, ainda que de forma parcial.
Observações

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins do disposto no art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, que as informações constantes deste laudo de avaliação médica, abaixo subscrito, referente ao paciente requerente são verdadeiras.

ASSINATURA

Nome do médico	Carimbo, registro do CRM e Assinatura	
CPF	Especialidade	