



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAR A CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO  
PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**Atenção:** Este tipo de Credencial de Estacionamento destina-se à Pessoa Com Deficiência Com Comprometimento de Mobilidade, nos termos da Lei Federal nº 9.503/1997 – Institui o Código de Trânsito Brasileiro, Resolução CONTRAN nº 965/2022 - Define e regulamenta as áreas de segurança e de estacionamentos específicos de veículos, alterada pela Resolução CONTRAN nº 1012/2024 e da Lei Federal nº 13.146/2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

**LEIA COM ATENÇÃO E PREENCHA TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO ABAIXO**

**DADOS DO PACIENTE E DO LOCAL DE ATENDIMENTO:**

1. NOME DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_
2. NOME DA UNIDADE DE SAÚDE/CONSULTÓRIO: \_\_\_\_\_
3. DATA DA CONSULTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DADOS DA DEFICIÊNCIA**

1. O TIPO DE DEFICIÊNCIA É:  FÍSICA  VISUAL  AUDITIVA  INTELECTUAL  MÚLTIPLA  
 OUTRO – ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_
2. A DEFICIÊNCIA COMPROMETE A MOBILIDADE DO(A) PACIENTE?  SIM  NÃO
3. A CONDIÇÃO DA DEFICIÊNCIA É PERMANENTE?  SIM  NÃO, HAVERÁ UM TRATAMENTO PELO PERÍODO DE ATÉ \_\_\_\_\_ MESES (observação: prazo máximo de 12 meses).

**RELATO/HISTÓRICO MÉDICO COMPLEMENTAR DA DEFICIÊNCIA**

(Informação legível - Código de Ética Médica, artigo 11)

---

---

---

---

---

CID (informação opcional): \_\_\_\_\_

ASSINATURA E Nº DO REGISTRO NO CRM DO(A) MÉDICO(A)