

**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)