

**LAUDO MÉDICO PARA CONCESSÃO DE CREDENCIAL DESTINADA A PESSOA
COM DEFICIÊNCIA E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO

RG

CPF

DESCRIÇÃO E CID DA LESÃO QUE JUSTIFIQUE A INCAPACIDADE OU A DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

(FAZER RELATO CLARO E SUCINTO, INFORMANDO A NATUREZA, TIPO DE LESÃO E QUADRO CLÍNICO DA DOENÇA, CITANDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA, SISTEMAS OU APARELHOS E ESTABELECEER NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DE DEAMBULAR DO PACIENTE.)

ATENÇÃO: A deficiência é permanente? Assinale.

Sim, a deficiência é permanente.

Não, a deficiência é transitória, pelo prazo de _____.

Atesto, para fins de concessão de credencial perante a Secretaria de Defesa do Cidadão e Mobilidade do Município de Chapecó/SC, que o(a) paciente acima identificado(a) **É PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE ACARRETA DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO**, nos termos do art. 47 da Lei Federal nº 13.146/2015.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EMITENTE

NOME COMPLETO

CRM

ESPECIALIDADE MÉDICA

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

UF

_____, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Autorizo a divulgação de informações médicas a meu respeito, contidas neste laudo, para fins de obtenção de credencial para estacionamento.

ASSINATURA DO PACIENTE