



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MAUÁ

SMU - SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA

LAUDO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio da Credencial para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatorial no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatorial autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM RESTRIÇÃO

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO ☐ M ☐ F	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV, ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	CIDADE		BAIRRO	SP	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

RESTRIÇÃO PERMANENTE

☐ Sim ☐ Não - Período da restrição médica. ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses).

☐ Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

☐ Deficiência ambulatorial autônoma, decorrente de incapacidade mental.

CID:

Descrição, natureza do CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:

OBS: Descrição e natureza da lesão: relatar claramente a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com *letra de forma ou datilografados*. **Nos casos de mobilidade reduzida temporária**, a SMU emitirá autorização com validade de **2 (dois) meses** e no máximo de **1 (um) ano**, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação. A SMU se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial de Estacionamento se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como a Resolução 304 do Conselho Nacional de Trânsito, de 18 de dezembro de 2008. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Mauá, de de 20__

Assinatura e CRM do Médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste laudo, para a finalidade de obtenção da Credencial de Estacionamento.

Assinatura do Interessado ou Representante Legal