Prefeitura Municipal de Bauru

EMDURB - Empresa Municipal de Desenvolvimento Urbano e Rural de Bauru

Credencial de Estacionamento para Pessoa com Deficiência

MODELO DE LAUDO MÉDICO

DEVE SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO

NOME	DATA NASCIMENTO	SEXO
	/ /	☐ Fem. ☐ Mas.

ENDEREÇO (RUA, AVENIDA)	Nº	COMPLEMENTO

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

FONE	RG	EXPEDIDO POR

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)

INFORMAÇÕES MÉDICAS

PERMANENTE ☐

TEMPORÁRIA ☐

EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:

_____/_____/_____ a _____/_____/_____

Observações:

1. Os campos deverão ser preenchidos com letra legível.
2. No caso de deficiência/comprometimento temporário de mobilidade, a EMDURB fornecerá a Credencial pelo tempo estipulado pelo médico.
3. A EMDURB se reserva do direito de solicitar informações complementares.

Em cumprimento ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Federal 13.146/2015), pode ser beneficiário da credencial para estacionamento em vagas para pessoas com deficiência o paciente cuja deficiência seja temporária ou permanente e que comprometa a mobilidade.

O REQUERENTE É DEFICIENTE E POSSUI MOBILIDADE REDUZIDA? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

FAVOR DESCREVER A PATOLOGIA CONFORME O CID - 10:

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial para Deficiente, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender à Constituição Federal, Cap VII, art. 227, § 1º, inciso II, bem como à Resolução 304 do CONTRAN de 18/12/2008.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas a este órgão, caso contrário estará sujeito às penalidades cabíveis.

Bauru, _____ de _____de 20_____.

_____

Assinatura/carimbo do Médico