

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

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EMITENTE**

<b>NOME COMPLETO</b>		
<b>CRM</b>	<b>ESPECIALIDADE MÉDICA</b>	
<b>LOCAL DE TRABALHO</b>		
<b>ENDEREÇO: LOGRADOURO</b>	<b>Nº</b>	<b>COMPLEMENTO</b>
<b>BAIRRO</b>	<b>CIDADE</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>NOME COMPLETO</b>		
<b>CPF</b>	<b>RG</b>	
<b>TIPO DE DEFICIÊNCIA</b>	<b>CARACTERÍSTICA DA DEFICIÊNCIA</b>	<b>UTILIZA</b>
<b>VISUAL</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>FÍSICA</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <b>NEUROLÓGICA</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>ACOMETE MEMBROS INFERIORES</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <b>PERMITE DEAMBULAÇÃO</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <b>AFETA O EQUILÍBRIO</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	<b>CADEIRA DE RODA</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>  <b>APARELHAGEM ORTOPÉDICA</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <b>PRÓTESE</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <b>QUAL?</b> _____
Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular: _____ _____ _____ _____		
Obs: Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos devem ser preenchidos com letra de forma ou datilografados. A DIOPE se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.		

**Atesto para fins de concessão de credencial junto a DIOPE que o(a) paciente acima identificado é pessoa com deficiência que acarreta dificuldade de locomoção.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

**Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste laudo, para fins de obtenção de CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO.**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO REQUERENTE**