

CONCESSÃO DE CREDENCIAL PARA VAGA ESPECIAL DE ESTACIONAMENTO

Lei 9.503/1997, ResContran 304/2008, Lei 13.281/2016, Lei 10.098/2000, Lei 13.146/2015 e Lei 10.690/2003

ATESTADO MÉDICO PARA EMISSÃO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PNE

Requerente: _____

Local do exame: _____, Data ____/____/____

Atesto, para a finalidade de concessão de credencial de estacionamento para vaga destinada a pessoa com necessidade especial, que o requerente acima qualificado e que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente e/ou temporária, abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (Art. 2º da Lei 10.690/2003).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente / temporária devem ser atestados por profissional responsável pela área correspondente a necessidade e/ou deficiência.

Afirmo, sob as penas da Lei, que as informações abaixo são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

TIPO DE DEFICIÊNCIA		CID 10	
		Obrigatório indicar conforme definição	
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.		
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;		
	FREQUENCIAS:	500Hz	1.000Hz
	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB
	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.		
	DEFICIÊNCIA VISUAL:	Olho Direito	Olho Esquerdo
	Acuidade Visual:
	Campo Visual:ºº
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer e h) trabalho.		
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H		
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA		
Período de manutenção da incapacidade de decambular (Favor, informar se provisória ou permanente) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO		Período do prognóstico:	
		<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 1 ano <input type="checkbox"/> Permanente	
Assinatura:		Carimbo e registro no CRM	
Obrigatória assinatura de médico com especialidade na área da deficiência			