

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

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EMITENTE

NOME COMPLETO		
CRM	ESPECIALIDADE MÉDICA	
LOCAL DE TRABALHO		
ENDEREÇO: LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO		
CPF	RG	
TIPO DE DEFICIÊNCIA	CARACTERÍSTICA DA DEFICIÊNCIA	UTILIZA
VISUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ACOMETE MEMBROS INFERIORES SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PERMITE DEAMBULAÇÃO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> AFETA O EQUILÍBRIO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	CADEIRA DE RODA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APARELHAGEM ORTOPÉDICA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PRÓTESE SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL? _____
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 SEMOB se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.		

Atesto para fins de concessão de credencial junto a SEMOB 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