

DECLARAÇÃO MÉDICA - MODELO

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) _____,
portador do RG nº _____ CPF _____,
necessita de vaga especial de estacionamento por se tratar de pessoa **portadora de Deficiência** e que
possui **comprometimento de mobilidade**, estando assim apta ao uso das vagas reservadas, segundo
Estatuto do Deficiente, Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015, Art. 47:

“Art. 47. Em todas as áreas de estacionamento aberto ao público, de uso público ou privado de uso coletivo e em vias públicas, devem ser reservadas vagas próximas aos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade, desde que devidamente identificados.”

E ainda de acordo com Resolução nº 965/2022 CONTRAN, Art. 12:

“Art. 12. A credencial deve ser emitida pelo órgão ou entidade executivo de trânsito do Município de domicílio da pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade...”

CID: _____ **Especificação da Deficiência:** _____

CONDIÇÃO: () PERMANENTE () TEMPORÁRIA – **Duração:** _____ (Especificar meses e/ou anos)

IMPORTANTE:

- Esta declaração serve apenas como modelo/sugestão, não sendo obrigatório seu uso.
- É importante que o Laudo Médico esteja atualizado (até 6 meses), que identifique de forma coerente e literal, não só tratar-se de pessoa portadora de deficiência, como também o comprometimento de mobilidade, uma vez que esta companhia não tem conhecimento técnico para avaliar qualquer patologia e/ou enquadrá-lo como PcD, bem como se a condição é temporária ou permanente.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico
com CRM Telefone para contato: