

DECLARAÇÃO MÉDICA - MODELO

Declaro para os devidos fins que o Sr(a) _____,
portador do RG nº _____ CPF _____,
necessita de vaga especial de estacionamento pois possui a seguinte deficiência:

DEFICIÊNCIA FÍSICA: _____

CID 10: _____ **Especificação da sequela física** _____

DEFICIÊNCIA VISUAL: com acuidade visual após melhor correção óptica igual a:

OD: _____, OE: _____ (Tabela de SNELLEN).

- Esta declaração serve apenas como modelo/sugestão, não sendo obrigatório seu uso.
- A vaga de estacionamento especial é concedida apenas para pessoas que possuem **deficiência com dificuldade de locomoção (mobilidade reduzida)** ou **deficiência visual** (Decreto Federal nº 5296/04 e Lei 16.945/11).

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico com CRM
Telefone para contato: