

DECLARAÇÃO MÉDICA PARA A EMISSÃO DE CREDENCIAL DE VAGA ESPECIAL

Declaro para os devidos fins que o paciente Sr^(a)
_____ inscrito no CPF/MF n°
_____ portador do RG n° _____ necessita de vaga
especial de estacionamento por ser pessoa portadora de deficiência e/ou com dificuldade
de locomoção conforme Resolução n° 304/2008.

CID 10 - _____ com
dificuldade de locomoção.

Data: ____/____/2021

Médico: _____

Especialista: _____

CRM-PR _____

Assinatura e carimbo do médico com CRM

Telefone do consultório para contato: _____

Assinatura do requerente ou responsável

Telefone para contato: _____

Documentos necessários:

RG e CPF ou CNH do requerente e responsável

Certidão de nascimento (para menores que não possui RG ou CPF)

Comprovante de residência no município de Ibiporã em nome do requerente ou responsável