

DECLARAÇÃO MÉDICA PARA A EMISSÃO DE CREDENCIAL DE VAGA ESPECIAL

Declaro para os devidos fins que o paciente Sr<sup>(a)</sup>  
\_\_\_\_\_ 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 - \_\_\_\_\_ portadora de  
deficiência e/ou 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