


PORTARIA RBTRANS N.º 003/2012 - ANEXO II

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <small>MUNICÍPIO DE RIO BRANCO</small> <small>ESTADO DO ACRE</small> | <h2 style="margin: 0;">LAUDO MÉDICO</h2> |
| FINALIDADE | |
| Para fins de autorização especial por meio da credencial para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de Rio Branco, de veículo utilizado por pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatória no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório. | |
| IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA | |
| NOME | DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ |
| ENDEREÇO (RUA/AV) | N.º |
| BAIRRO | CEP |
| | CIDADE |
| FONE | RG |
| | DATA EXPEDIÇÃO ____/____/____ |
| IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO | |
| NOME | REGISTRO PROFISSIONAL (CRM) |
| LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA/AV) | FONE |
| INFORMAÇÕES MÉDICAS | |
| <p style="text-align: center;">DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE</p> <p style="text-align: center;">Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental. </p> | <p style="text-align: center;">MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA (Com alto grau de comprometimento ambulatório)</p> <p style="text-align: center;">Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p> <p style="text-align: center;"> ____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses) </p> |
| <p>Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | |
| <p>Observações:</p> <p>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 nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante.</p> <p>Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.</p> <p>Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a RBTRANS emitirá credencial com validade no mínimo de 2 meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilatação do prazo haverá necessidade de nova solicitação.</p> <p>A RBTRANS se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.</p> <p>O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da credencial para estacionamento em vaga especial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.</p> <p>As informações acima prestadas tem como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227 § 1o, Inciso II, bem como a Resolução n.º 304/2008 do CONTRAN.</p> <p>O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.</p> | |
| Rio Branco, de 20 | |
| _____ Carimbo/Assinatura e CRM do médico | |