



LAUDO MÉDICO PARA CONCESSÃO DE CREDENCIAL DESTINADA A PESSOA  
PORTADORA DO **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)**

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EMITENTE**

NOME COMPLETO		
CRM	ESPECIALIDADE MÉDICA	
LOCAL DE TRABALHO		
ENDEREÇO: LOGRADOURO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME COMPLETO	
CPF	RG

**Atesto para fins de concessão de credencial junto a SEMOB que o (a) paciente acima identificado é pessoa portadora do Transtorno do Espectro Autista ( TEA ).**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

**Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste laudo, para fins de obtenção de CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO.**

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO REQUERENTE**