

REQUERIMENTO PARA CARTÃO PARA ESTACIONAMENTO EXCLUSIVO

Ilmo. Sr. Superintendente da Superintendência Municipal de Transito - SMT

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão Exclusivo, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida, conforme prevê a Resolução 304/08 vigente.

REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
cep	BAIRRO	CIDADE Senador Canedo			UF GO

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO	CIDADE			UF

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para todos os tipos de requerimento:

- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com deficiência ou pelo seu representante legal, deve ser entregue a SMT, juntamente com os documentos abaixo relacionados;
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com deficiência (RG, CNH ou equivalente).
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da pessoa com deficiência, se o número não estiver no documento de identidade; - Cópia simples do comprovante de residência, atual na Cidade de Senador Canedo em nome da pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida; - Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) e CPF do representante legal.
- Cópia simples do contrato de locação caso more de aluguel, caso more com parente cópia de comprovação do parentesco (cert. Casamento, RG) documento que prove o parentesco ou mesmo declaração com reconhecimento em cartório comprovando a moradia no endereço.

Solicitação:

Inicial Renovação

- **Atestado Médico: Original ou cópia autenticada** do Atestado Médico da pessoa com deficiência física permanente ou da pessoa com mobilidade reduzida temporária por período de no mínimo 2 (dois) meses, conforme Anexo, constante deste requerimento, **emitido, no máximo, há 03 (três) meses;**

- No caso de renovação, devolução do Cartão Exclusivo, sempre que possível.

Substituição (dentro do prazo de validade): () Perda () Furto () Roubo () Dano

- Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso; - Em caso de dano, devolver o cartão antigo.

Cancelamento

- Devolução do cartão Exclusivo, sempre que possível.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.

Senador Canedo, ____ de _____ de 2020

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou seu Representante Legal

NOME DO REQUERENTE

RECEBIDO POR

DATA