PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIEIRAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PUBLICA
E MOBILIDADE URBANA
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO
Rua Argentina, 120 – Centro – Caieiras/SP.
Tel. 11 4605-3607
E-MAIL: transito@caieiras.sp.gov.br

REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE ESTACIONAMENTO ESPECIAL

ILMO. Sr. Diretor do Departamento de Trânsito

Solicito de Vossa Senhoria, autorização especial, por meio de cartão para estacionamento em Vagas sinalizadas com símbolo internacional de acesso destinado às **pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida** conforme prevê a Legislação vigente.

DADOS DO SOLICITANTE – Pessoa com Deficiência ou com Mobilidade Reduzida			
Nome:		Data Nasc. / /	
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade: **Caieiras - SP**	CEP:	
Fone Res.:	e-mail:		
CPF:	RG:	Orgão Expedidor:	
CNH:	Validade:		
DADOS DO REPRESENTANTE			
Nome:			
Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade:		UF:
CEP:	Fone:	email:	
CPF:	RG:	Orgão Expedidor:	
CNH:	Validade		

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Solicitante (pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida)

* Cópia simples de Comprovante de endereço em nome do Solicitante, ou documento equivalente;
* Cópia simples da CNH, caso o Solicitante seja devidamente habilitado;
* Cópia simples do RG e CPF ou Documento equivalente, **caso o Solicitante não seja devidamente habilitado**;
* **CÓPIA DE LAUDO MÉDICO REFERENTE À DEFICIÊNCIA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA COM REDUÇÃO EFETIVA DA MOBILIDADE, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE DE 90 DIAS.**
* **A CREDENCIAL SERÁ FORNECIDA APENAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE, CONFORME RESOLUÇÃO N° 965, DO CONTRAN.**

Representante (quando o Solicitante não for devidamente habilitado)

* Cópia simples da CNH, dentro do prazo de validade;
* Cópia simples de Documento que comprove a representação legal. Em caso de Declaração, reconhecer Firma das Assinaturas pertinentes.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Solicitação: ( ) Inicial ( ) Renovação

* **Em caso de renovação, efetuar devolução do Cartão anterior, junto ao DEMUTRAN.**

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

* Cópia do boletim de ocorrências ou declaração de extravio, quando for o caso;
* Em caso de dano, devolver o Cartão relacionado.

( ) Cancelamento (**devolver o Cartão ao DEMUTRAN, sempre que possível**)

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do Cartão Especial requerido, conforme disposições legais vigentes.

Caieiras, _____/_____/_____

_____
Assinatura do Solicitante ou Representante