



REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE ESTACIONAMENTO ESPECIAL

Tipo de credencial:

- Idoso(a)
 Pessoa com deficiência
 Paciente em tratamento de hemodiálise,
quimioterapia ou radioterapia

Condição do requerente:

- Condutor(a)
 Passageiro(a)

Via do documento:

- 1ª Via
 2ª Via
 Renov.: N° _____

Dados do Requerente:

Nome: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ CEP: _____

RG: _____ CPF: _____ CNH: _____

Categoria: _____ Validade: ____/____/____ Data Nasc: ____/____/____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Data: ____/____/____ Possui Representante Legal

Ass.: _____

Dados do Representante Legal / Condutor Principal:

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____ CNH: _____

Categoria: _____ Validade: ____/____/____

Retirada:

Data: ____/____/____

Nome por extenso: _____

Documentos necessários (Cópias):

Idosos:

- Documento com foto (RG/CNH);
- Comprovante de residência (Conta de água, luz ou telefone);
- CNH do condutor.

Pessoas com deficiência:

- Documento com foto (RG/CNH);
- Comprovante de residência (Conta de água, luz ou telefone);
- CNH do condutor;
- Atestado médico.

Pessoa em tratamento de hemodiálise, quimioterapia ou radioterapia:

- Documento com foto (RG/CNH);
- Comprovante de residência (Conta de água, luz ou telefone);
- CNH do condutor;
- Atestado médico expedido no período máximo de 90(noventa) dias, referente ao tratamento.

Obs.: Se o requerente não possuir nenhuma correspondência em seu nome, pode apresentar um Comprovante de Residência em nome do cônjuge acompanhado de cópia simples da Certidão de Casamento, ou apresentar declaração de residência, nos termos da Lei N°7.115.

Obs.: Em caso de perda, roubo ou extravio será necessária a apresentação de Boletim de Ocorrência para a solicitação da 2ª via dos cartões.

Obs.: Caso o titular não possa comparecer para retirar a credencial, seu representante deverá apresentar cópia de documento que comprove seu vínculo (certidão de casamento ou de nascimento) ou declaração autorizando sua retirada.



Prefeitura Municipal da Estância Turística de Guaratinguetá
Secretaria Municipal de Segurança e Mobilidade Urbana

Data: ____/____/____

Protocolo N°: _____

Recebido por: _____

- Idoso(a) Pessoa com deficiência
 Pessoa em tratamento

Usuário: _____