



**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ**  
Secretaria de Defesa e Convivência Social  
Diretoria de Trânsito

PROTOCOLO DITRAN

PROTOCOLO CIDADANIA

## REQUERIMENTO

### CRENCIAL DE ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL

RESOLUÇÕES Nº 303 E Nº 304 DE 18/12/2008 DO CONTRAN

**IDOSO**

**PESSOA COM DEFICIÊNCIA \***

#### DADOS DO BENEFICIÁRIO

|         |      |                           |                     |
|---------|------|---------------------------|---------------------|
| NOME:   |      |                           | DATA DE NASCIMENTO: |
| END:    | Nº:  | COMPLEMENTO:              |                     |
| BAIRRO: | CEP: | CIDADE:<br><b>GUARUJÁ</b> | TEL:                |
| RG:     | CPF: | CNH:                      |                     |

#### \* INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA COM MOBILIDADE REDUZIDA

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM MOBILIDADE REDUZIDA – **OBRIGATÓRIO**

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA: | REDUÇÃO DE MOBILIDADE:<br><b>PERMANENTE ( ) TEMPORÁRIA ( )</b> | MENOR DE 18 ANOS:<br><b>S ( ) N ( )</b> |
|---------------------------|--|---|

#### RESPONSÁVEL / PROCURADOR (A)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ

|         |      |                 |
|---------|------|-----------------|
| NOME:   | RG:  | CPF:            |
| END:    | Nº:  | COMPLEMENTO:    |
| BAIRRO: | CEP: | CIDADE:<br>TEL: |

#### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA – IDOSO

- \_ RG OU CNH DO BENEFICIÁRIO – CÓPIA
- \_ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO BENEFICIÁRIO OU DO RESPONSÁVEL – CÓPIA
- \_ DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO FAMILIAR ENTRE O BENEFICIÁRIO E O RESPONSÁVEL (SE NECESSÁRIO) – CÓPIA

#### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- \_ RG OU CNH DO BENEFICIÁRIO – CÓPIA
- \_ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO BENEFICIÁRIO OU DO RESPONSÁVEL – CÓPIA
- \_ RG OU CNH DO RESPONSÁVEL OU PROCURADOR (PARA BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ) – CÓPIA
- \_ PROCURAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (SE NECESSÁRIO) – ORIGINAL
- \_ ATESTADO MÉDICO COM CID, EMISSÃO NÃO SUPERIOR A 03 MESES – CÓPIA (TRAZER ORIGINAL P/ CONFERÊNCIA DE AUTENTICIDADE)

DECLARO SOB PENAS DA LEI QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE, E DESDE JÁ ME RESPONSABILIZO PELO BOM USO DO CARTÃO, EM CONFORMIDADE COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS VIGENTES.

GUARUJÁ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

ASSINATURA DO (A) REQUERENTE