



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ

SECRETARIA DE MOBILIDADE URBANA

Diretoria de Trânsito e Transporte

PROTOCOLO SEMOB

PROTOCOLO CIDADANIA

REQUERIMENTO

CRENCIAL DE ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL

RESOLUÇÃO 965 DE 25 DE MAIO DE 2022

PORTARIAS 10 E 11/2020 DE 18/09/2020 – DIÁRIO OFICIAL DE GUARUJÁ

IDOSO

PESSOA COM DEFICIÊNCIA *

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME:			DATA DE NASCIMENTO:		
ENDEREÇO:			Nº:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:		TEL:
RG:	CPF:		CNH:		

* INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA COM MOBILIDADE REDUZIDA *

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

DESCRIÇÃO DA DEFICIÊNCIA:	REDUÇÃO DE MOBILIDADE: PERMANENTE () TEMPORÁRIA ()		MENOR DE 18 ANOS: S () N ()
---------------------------	--	--	---

RESPONSÁVEL / PROCURADOR (A)

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ

NOME:			RG:	CPF:	
ENDEREÇO:			Nº:	COMPLEMENTO:	
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:		TEL:

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA – IDOSO

- * CÓPIA – 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)

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

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