



## REQUERIMENTO PARA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

### **Ilmo. Sr. Diretor do Departamento de Trânsito:**

Solicito a Vossa senhoria autorização especial por meio deste requerimento, para estacionamento em vagas sinalizadas e destinada à pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a **Resolução nº 304 de 18 de dezembro de 2008** do CONTRAN.

### *01 – CADASTRO DO REQUERENTE (Preenchimento obrigatório)*

Nome do Requerente:			
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____		Sexo: ( ) Masculino – ( ) Feminino	
Endereço:			
Bairro:	Cidade: AMPARO		UF: SP CEP:
RG:	CPF:		CNH(se condutor):
Telefone: ( )	Celular: ( )		Validade: _____ / _____ / _____
E-mail:			

### *02 – REPRESENTANTE (Quando Necessário)*

Nome do Representante:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:		UF: CEP:
RG:	Telefone: ( )		Celular: ( )

**APRESENTAR JUNTO A ESTE REQUERIMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO - CÓPIA SIMPLES DO RG, CPF OU CNH E  
CÓPIA DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO REQUERENTE E DO REPRESENTANTE (SE FOR O CASO)**

\* No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

### *03 – SOLICITAÇÃO (Preenchimento obrigatório)*

- ( ) **Início** ( ) **Renovação** – Credencial anterior nº \_\_\_\_\_ (devolução da Credencial, sempre que possível)  
 - Atestado médico, conforme anexo III, emitido o máximo à três meses (original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso mediante apresentação do original para a conferência) para pessoa portadora de deficiência física permanente ou com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses.
- ( ) **Substituição** (dentro do prazo de validade): ( ) Perda - ( ) Furto - ( ) Roubo - ( ) Dano - Cópia do boletim de ocorrência.
- ( ) **Cancelamento** (devolução da Credencial, sempre que possível)

Amparo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

Declaro sob penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e desde já me responsabilizo pelo bom uso da Credencial de Estacionamento para Pessoa com Deficiência, em conformidade com as disposições legais vigentes.

### *04 – CAMPO PARA PREENCHIMENTO INTERNO*

Nº Credencial: \_\_\_\_\_.



## REQUERIMENTO PARA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

### ***IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE*** (Preenchimento obrigatório)

Nome do Requerente:			
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____		Sexo: ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> ) Feminino	RG:
Endereço:			
Bairro:	Cidade: AMPARO	UF: SP	CEP: _____ Telefone: _____

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do cartão – Credencial de Estacionamento para Pessoa com Deficiência.

Assinatura do beneficiário ou requerente: \_\_\_\_\_

### ***IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO*** (À ser preenchido pelo médico)

Nome:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
Local do Atendimento:	TELEFONE:

### ***INFORMAÇÕES MÉDICAS*** (À ser preenchido pelo médico)

<b>O requerente possui deficiência AMBULATÓRIA causada por:</b>			
<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA ( <input type="checkbox"/> )</b>	<b>MEMBRO(S):</b>	<b>INFERIORES ( <input type="checkbox"/> )</b>	<b>SUPERIORES ( <input type="checkbox"/> )</b>
<b>UTILIZA:</b> CADEIRA DE RODAS ( <input type="checkbox"/> ) APARELHAGEM ORTOPÉDICA ( <input type="checkbox"/> ) PRÓTESE ( <input type="checkbox"/> )			
<b>DEFICIÊNCIA AMBULATÓRIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL ( <input type="checkbox"/> )</b>		<b>MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATÓRIO ( <input type="checkbox"/> )</b>	
<b>PERMANENTE ( <input type="checkbox"/> )</b>	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA		
<b>TEMPORÁRIO ( <input type="checkbox"/> )</b>	_____/_____/_____ À _____/_____/_____ (MÍNIMO DE 2 MESES)		

**Descrição e CID da Lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante:**

---



---



---

**Observações:** 1. Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.

2. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

3. Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Prefeitura Municipal de Amparo emitirá autorização com validade de 2 (dois) meses e no máximo 1 (um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.

4. A Prefeitura Municipal de Amparo se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

É beneficiária do CEPD a pessoa com deficiência ambulatória no(s) membros(s) inferior(es) ou no(s) membros superior(es) que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatório ou ainda com incapacidade ou dificuldade de ambular.

**O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD – MUNICÍPIO DE AMPARO? SIM(  ) NÃO(  )**

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD – Prefeitura Municipal de Amparo, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, art. 227 § 1º, inciso II, bem como A Resolução nº 304 de 18 de dezembro de 2008 do COTRAN.

**O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.**

Amparo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo do Médico