



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE, TRÂNSITO E TRANSPORTES – SEMTRAN
DEPARTAMENTO DE MOBILIDADE E POLO GERADOR DE TRAFEGO – DMOP
Av. Amazonas, 698, Santa Barbara, Porto Velho-RO | gabinete.semtran@portovelho.ro.gov.br | der.semtran@portovelho.ro.gov.br

REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO ESPECÍFICO

() PCD	() IDOSO	() GESTANTE	() TEA	Nº CREDENCIAL
---------	-----------	--------------	---------	---------------

DADOS DO SOLICITANTE	
NOME:	
DATA NASCIMENTO:	SEXO () M () F
CEL.:	E-MAIL:
RG:	CPF:

REPRESENTANTE LEGAL	
NOME:	
CPF:	FONE:

DECLARO para os devidos fins ser residente e domiciliado no ENDEREÇO*:	
RUA/AV.	Nº
BAIRRO:	CEP:
CIDADE: PORTO VELHO	

* Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

CREDENCIAL IDOSO:

1. Cópia ou digitalização de documento de identificação com foto;

CREDENCIAL PCD/TEA/GESTANTE:

1. Cópia ou digitalização de documento de identificação com foto;
2. Atestado/laudo médico contendo o número CID e identificação do médico;
3. Em caso de responsável legal, apresentar documento de identificação com foto;

Porto Velho-RO, ____ / ____ /2025.

Assinatura do (a) solicitante/representante e recebimento