



REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

() 1º CREDENCIAL	() RENOVAÇÃO
-------------------	---------------

DADOS DO SOLICITANTE		
NOME:	DATA NASCIMENTO ____/____/____	SEXO () M () F
ENDEREÇO (RUA/AV.):		Nº
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:
FONE:	EMAIL:	
RG:	CPF:	
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR):	VALIDADE: ____/____/____	
PROFISSÃO:		

REPRESENTANTE	
NOME:	FONE:
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR):	VALIDADE: ____/____/____

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA
<ul style="list-style-type: none">• CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUAL;• CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE – RG;• CÓPIA DO CPF;• LAUDO MÉDICO;• TAXA DE ABERTURA DE PROCESSO;

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

Porto Velho, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) solicitante

SEMTRAN
Recebido: _____
Data: ____ / ____ / ____