



REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO ESPECIAL PARA IDOSO

<input type="checkbox"/> 1ª CREDENCIAL	<input type="checkbox"/> Renovação	Nº da Credencial:
--	------------------------------------	-------------------

DADOS DO SOLICITANTE		
NOME COMPLETO:	DATA NASCIMENTO:	SEXO () M () F
ENDEREÇO:	Nº	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
CEP:	CIDADE: PORTO VELHO	ESTADO: RONDÔNIA
FONE:	EMAIL:	
RG:	UE/ UF:	CPF:
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR):	VALIDADE:	
PROFISSÃO:		

DADOS DO REPRESENTANTE		
NOME COMPLETO:	FONE:	
RG:	UE/ UF:	CPF:
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR):	VALIDADE:	

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SOLICITANTE E REPRESENTANTE (ATUALIZADA)
<ul style="list-style-type: none">• CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE – RG;• CÓPIA DO CPF;• CÓPIA DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO – CNH;• CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUAL EM NOME DO REQUERENTE OU DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO RECONHECIDA POR VERDADEIRA.• TAXA DE ABERTURA DE PROCESSO;• COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA 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: ____ / ____ / _____