



REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO

Marque a credencial desejada:

☐ **PCD**, permanente ou temporária, incluindo as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), gestantes, lactantes, obesas e outros, que tenham comprometimento de mobilidade.

☐ **IDOSO(A)**

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME:

DATA NASCIMENTO:

SEXO () M () F

CPF:

FONE:

E-MAIL:

REPRESENTANTE LEGAL

NOME:

CPF:

FONE:

E-MAIL:

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. Documento de identificação oficial com foto para comprovar a idade, como RG ou CNH, versão original digital.

CREDENCIAL PCD:

1. Documento de identificação oficial com foto, como RG ou CNH, versão original digital.
2. Atestado ou laudo médico que descreva a deficiência e indique o comprometimento de mobilidade, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) nº 965/2022 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Federal nº 13.146/2015).
3. Em caso de responsável legal, apresentar documento de identificação com foto;

Porto Velho-RO, ____/____/202____.

Assinatura requerente/representante

Recebimento SEMTRAN (nome servidor e matrícula):

Nº da Credencial Expedida: