



Município de São João da Boa Vista
Departamento de Trânsito e Segurança
Setor de Tráfego

REQUERIMENTO – Credencial Deficiente

() Cadastro () Renovação

Eu _____,
portador(a) do **RG** nº _____ e inscrito(a) no **CPF** sob o
nº _____, telefone/celular:(____) _____,
venho solicitar nos termos da resolução 965/2022 do CONTRAN, a **CREDENCIAL DE
ESTACIONAMENTO EM VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, declaro residir à**
Rua/Av: _____ nº _____
Bairro: _____ CEP: _____ nesta cidade
de São João da Boa Vista – SP.

Declaro ainda que estou ciente na forma da lei, conforme **Art. 299** - do Código Penal Brasileiro:
Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer
inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar
obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e
multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)

São João da Boa Vista, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do Requerente

Protocolo de Retirada - Credencial de estacionamento de Vagas para Deficientes (apresentação obrigatória)

(somente com a apresentação deste, ou o titular presente mediante apresentação de documento com foto)

O cartão não retirado em 30 dias será descartado

Requerente: _____

Retirar a credencial de estacionamento para vagas especiais **a partir das 13h até as 16h** do

dia ____ / ____ / ____ Recebido por: _____