



Município de São João da Boa Vista

Departamento de Trânsito e Segurança
Coordenadoria de Trânsito
Setor de Educação e Fiscalização de Trânsito

REQUERIMENTO – Credencial Deficiente

() Cadastro () Renovação

Eu _____,
nascido em ____/____/____ 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: _____