



# PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado de São Paulo

\* \* \*

## ANEXO II – REQUERIMENTO CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA VEÍCULOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nome \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_, vem solicitar o cadastramento de CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA VEÍCULOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA junto ao Departamento de Segurança e Trânsito da Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista.

Nome do responsável: \_\_\_\_\_  
(No caso seja menor de idade.)

São João da Boa Vista \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

### Observação:

Anexar ao Requerimento:

- Cópia do RG e CPF (pode ser a CNH)
- Cópia do Documento(s) do(s) Veículo(s),
- Cópia do Comprovante de Residência de São João da Boa Vista
- Laudo do médico preenchido (Anexo)
- 01 foto 3x4 recente

Protocolo de Retirada

Requerente: \_\_\_\_\_

Retirar o Cartão a partir das 12:30 horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.