



PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA

Estado de São Paulo

* * *

ANEXO IV – REQUERIMENTO CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA VEÍCULOS DE PESSOAS IDOSAS OU PESSOAS IDOSAS ACIMA DE 70 ANOS

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

IDOSO - IDOSO + 70

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 ____/____/____.