



**Ilmo. Sr. Diretor do Departamento de Trânsito:**

Solicito a Vossa senhoria autorização especial por meio deste requerimento, para estacionamento em vagas sinalizadas e destinadas às com deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a **Resolução nº 304 de 18 de dezembro de 2008 do CONTRAN**.

*01 – CADASTRO DO REQUERENTE (Preenchimento obrigatório)*

Nome do Requerente:			
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo: ( ) Masculino – ( ) Feminino	
Endereço:			
Bairro:	Cidade: AMPARO	UF: SP	CEP:
RG:	CPF:	CNH(se condutor):	
Telefone: ( )	Celular: ( )	Validade: ____/____/____	
E-mail:			

*02 – REPRESENTANTE (Quando Necessário)*

Nome do Representante:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
RG:	Telefone: ( )	Celular: ( )	

**Para todos os tipos de requerimento apresentar original de: RG, CPF e comprovante de endereço do requerente / RG e CPF do representante;**

\* No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.

*03 – SOLICITAÇÃO (Preenchimento obrigatório)*

<input type="checkbox"/> <b>Inicial</b> <input type="checkbox"/> <b>Renovação</b> – Credencial anterior nº _____ (devolução da Credencial, sempre que possível) - Atestado médico, conforme anexo III, emitido o máximo à três meses (original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso mediante apresentação do original para a conferência) para pessoa portadora de deficiência física permanente ou com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses. <input type="checkbox"/> <b>Substituição</b> (dentro do prazo de validade): <input type="checkbox"/> Perda - <input type="checkbox"/> Furto - <input type="checkbox"/> Roubo - <input type="checkbox"/> Dano    - Cópia do boletim de ocorrência. <input type="checkbox"/> <b>Cancelamento</b> (devolução da Credencial, sempre que possível)
--

Amparo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

**Declaro sob penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e desde já me responsabilizo pelo bom uso da Credencial de Estacionamento para Pessoa com Deficiência, em conformidade com as disposições legais vigentes.**

*04 – CAMPO PARA PREENCHIMENTO INTERNO*

Nº aviso:	Data de pagamento:	Idade:	Nº Credencial:
-----------	--------------------	--------	----------------

**IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** (Preenchimento obrigatório)

Nome do Requerente:				
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino		RG:	
Endereço:				
Bairro:	Cidade: AMPARO	UF: SP	CEP:	Telefone:

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do cartão – Credencial de Estacionamento para Pessoa com Deficiência.

Assinatura do beneficiário ou requerente: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO** (À ser preenchido pelo médico)

Nome:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
Local do Atendimento:	TELEFONE:

**INFORMAÇÕES MÉDICAS** (À ser preenchido pelo médico)

<b>O requerente possui deficiência AMBULATORIA causada por:</b>	
<b>DEFICIÊNCIA FÍSICA</b> ( )	<b>MEMBRO(S):</b> INFERIORES ( ) SUPERIORES ( )
<b>UTILIZA:</b> CADEIRA DE RODAS ( ) APARELHAGEM ORTOPÉDICA ( ) PRÓTESE ( )	
<b>DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL</b> ( )	<b>MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO</b> ( )
PERMANENTE ( ) TEMPORÁRIO ( )	EM SENTIDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA ____/____/____ À ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)

**Descrição e CID da Lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Observações:** 1. Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.

2. Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.

3. Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a Prefeitura Municipal de Amparo emitirá autorização com validade de 2 (dois) meses e no máximo 1 (um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.

4. A Prefeitura Municipal de Amparo se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

É beneficiária do CEPD a pessoa com deficiência ambulatoria no(s) membros(s) inferior(es) ou no(s) membros superior(es) que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio ou ainda com incapacidade ou dificuldade de ambular.

**O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEPD – MUNICÍPIO DE AMPARO? SIM ( ) NÃO ( )**

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do CEPD – Prefeitura Municipal de Amparo, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap. VII, art. 227 § 1º, inciso II, bem como A Resolução nº 304 de 18 de dezembro de 2008 do COTRAN.

**O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.**

Amparo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura/Carimbo do Médico