



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO – DEMUTRAN

REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO CEDs

Ilmo(a) Sr(a) Secretário(a),

Solicito credencial de estacionamento em vaga especial para portador(a) de deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê a Lei Federal nº 9.503/1997.

**DADOS DO SOLICITANTE**

|                              |              |                   |                 |  |
|------------------------------|--------------|-------------------|-----------------|--|
| NOME                         |              | SEXO              | NASCIMENTO      |  |
| ENDEREÇO                     |              | Nº                | COMPLEMENTO     |  |
| BAIRRO                       | CEP          | CIDADE            | UF              |  |
| FONE                         | RG           | DATA DE EXPEDIÇÃO | ORGAO EXPEDIDOR |  |
| CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR) | VALIDADE CNH | E-MAIL            |                 |  |

**REPRESENTANTE**

|          |     |                |                 |  |
|----------|-----|----------------|-----------------|--|
| NOME     |     | E-MAIL         |                 |  |
| ENDEREÇO |     | Nº             | COMPLEMENTO     |  |
| BAIRRO   | CEP | CIDADE         | UF              |  |
| FONE     | RG  | DATA EXPEDIÇÃO | ORGAO EXPEDIDOR |  |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida.
- Cópia simples da carteira de identidade (ou documento equivalente) do representante legal da pessoa portadora de deficiência física ou mobilidade reduzida, quando for o caso.
- No caso de representante legal, apresentar cópia simples de documento comprovando que o mesmo é representante da pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida.
- Cópia do comprovante de endereço, no município de Itupeva.

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES**

- Atestado médico (cópia simples), no caso de deficiência física ou mobilidade reduzida permanente e em casos de mobilidade reduzida temporária, informar no atestado o período previsto de restrição médica (no mínimo dois meses).
- No caso de renovação, devolver a credencial de estacionamento – CEDs, ao DEMUTRAN.
- Em caso de perda, furto/roubo ou dano da credencial dentro do prazo de validade, entregar cópia do boletim de ocorrência.

( ) Cancelamento ( ) Devolução

Motivo: \_\_\_\_\_

**Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso da credencial de estacionamento CEDs – DEMUTRAN em conformidade com as disposições legais vigentes.**

Itupeva, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do titular ou representante



**ATESTADO MÉDICO**

**Cartão de Estacionamento para Deficientes – CED's - DEMUTRAN**

|  |   |                                  |                    |  |
|--|---|----------------------------------|--------------------|--|
| <b>À SER PREENCHIDO PELO REQUERENTE</b>  | <b>IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE / BENEFICIÁRIO</b>   |                                  |                    |  |
|  | NOME  |                                  | DATA DE NASCIMENTO | SEXO<br>MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> |
|  | ENDEREÇO (RUA, AV.)   |                                  | Nº                 | COMPLEMENTO  |
|  | BAIRRO  | CIDADE                           | UF                 | CEP  |
|  | FONE  | RG                               | DATA DE EXPEDIÇÃO  | EXPEDIDO POR   |
|  | Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão CEDs-DITRAN |                                  |                    |  |
|  | _____<br>Assinatura do beneficiário ou representante  |                                  |                    |  |
|  | <b>IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO</b>  |                                  |                    |  |
|  | NOME  |                                  |                    | REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)  |
|  | LOCAL DO ATENDIMENTO (RUA, AV.)   |                                  |                    | FONE   |
| <b>INFORMAÇÕES MÉDICAS</b>   |   |                                  |                    |  |
| O REQUERENTE POSSUI DEFICIÊNCIA AMBULATORIA CAUSADA POR:   |   |                                  |                    |  |
| DEFICIÊNCIA FÍSICA   | MEMBRO(S): INFERIOR(ES) <input type="checkbox"/> SUPERIORES E INFERIORES <input type="checkbox"/>   |                                  |                    |  |
| UTILIZA:   |   |                                  |                    |  |
| CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/>  | APARELHAGEM ORTOPÉDICA <input type="checkbox"/>   | PRÓTESE <input type="checkbox"/> |                    |  |
| DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/>  | MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO <input type="checkbox"/>   |                                  |                    |  |
| PERMANENTE <input type="checkbox"/>  | EM SENDO TEMPORÁRIO, INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE RESTRIÇÃO MÉDICA:   |                                  |                    |  |
| TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/>  | ____/____/____ à ____/____/____ (MÍNIMO DE 2 MESES)   |                                  |                    |  |
| Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:  |   |                                  |                    |  |
|  |   |                                  |                    |  |
|  |   |                                  |                    |  |
| <b>Observações:</b>  |   |                                  |                    |  |
| 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, o DEMUTRAN emitirá autorização com validade mínima de 2(dois) meses e no máximo de 1(um) ano. Havendo necessidade de dilatação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.  |   |                                  |                    |  |
| 4) O DEMUTRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.   |   |                                  |                    |  |
| É beneficiária do cartão CEDs a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou no(s) membro(s) superior(es) e inferior(es), que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio. |   |                                  |                    |  |
| <b>O REQUERENTE SE ENQUADRADA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO CEDs-DITRAN?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |   |                                  |                    |  |
| - O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão CEDs-DEMUTRAN se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.   |   |                                  |                    |  |
| - As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, inciso II bem como o A RESOLUÇÃO DO CONTRAN Nº 304 DE 18 DE DEZEMBRO DE 2008.   |   |                                  |                    |  |
| - O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.  |   |                                  |                    |  |
| Itupeva, _____ de _____ de 20____.   |   |                                  |                    |  |
| _____<br>Assinatura/Carimbo do Médico  |   |                                  |                    |  |