



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
"A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO"
SECRETARIA DE SEGURANÇA E MOBILIDADE URBANA

**SOLICITAÇÃO DA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA
VEÍCULO DE PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.**

Ilmo. Sr. Chefe da Seção de Mobilidade Urbana, solicito a Vossa Senhoria expedição da credencial para estacionamento em vagas sinalizadas destinadas às pessoas portadoras de deficiência física e com dificuldade de locomoção, conforme prevê a Resolução CONTRAN nº 304/2008.

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME			DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
E-MAIL			
CELULAR	RG	CPF	
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)		VALIDADE CNH	
REPRESENTANTE			
NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO)			
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
CELULAR	RG	CPF	
E-MAIL			
CNH Nº		VALIDADE CNH	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
<ul style="list-style-type: none">- RG OU CNH DO BENEFICIÁRIO – CÓPIA- RG OU CNH DO RESPONSÁVEL OU PROCURADOR (PARA BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ) – CÓPIA- DOCUMENTO DO VEÍCULO (CRLV) DE USO DO BENEFICIÁRIO – CÓPIA- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO BENEFICIÁRIO OU DO RESPONSÁVEL – CÓPIA- PLANILHA MÉDICA PREENCHIDA PELO MÉDICO (em anexo). Não é necessário se a deficiência ou dificuldade de locomoção já constar da CNH.			
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, em conformidade com as disposições legais vigentes.			
Porto Ferreira, _____ de _____ de 20____.			
_____ Assinatura do requerente ou representante			



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FERREIRA
"A CAPITAL NACIONAL DA CERÂMICA ARTÍSTICA E DA DECORAÇÃO"
SECRETARIA DE SEGURANÇA E MOBILIDADE URBANA

PLANILHA A SER PREENCHIDA POR MÉDICO PARA OBTENÇÃO DE CREDENCIAL PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA E COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO			
NOME		DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
CELULAR	RG	CPF	
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade da obtenção da Credencial. Assinatura do beneficiário ou representante			
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO			
NOME		REGISTRO PROFISSIONAL - CRM	
LOCAL DE ATENDIMENTO (AV. RUA)		FONE	
INFORMAÇÕES MÉDICAS			
DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PERÍODO PREVISTO DE MOBILIDADE REDUZIDA ____/____/____ a ____/____/____	
DESCRIÇÃO E CID DA LESÃO:			
CID:			
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 nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante. 2 - Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou de forma digital. 3 - Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SMU 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 - A SMU se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e ou informações complementares.			
É beneficiário da Credencial a pessoa portadora de deficiência física que implique em 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, cadeiras 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.			
O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DA CREDENCIAL? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da Credencial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas. As informações acima prestadas tem como finalidade atender Constituição Federal, Capítulo VII, Artigo 227, parágrafo 1º, inciso II bem como o Decreto Municipal nº 19.642, de 02 de julho de 2004. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob as penas da Lei. Porto Ferreira, ____ de ____ de 2.02 ____			
Assinatura/Carimbo do Médico			