



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAIEIRAS  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
E MOBILIDADE URBANA

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

Rua Argentina, 120 - Centro - Caieiras/SP.

Tel. 11 4605-3607

E-MAIL: [transito@caieiras.sp.gov.br](mailto:transito@caieiras.sp.gov.br)



**REQUERIMENTO PARA CARTÃO DE ESTACIONAMENTO ESPECIAL**

ILMO. Sr. Diretor do Departamento de Trânsito

Solicito de Vossa Senhoria, autorização especial, por meio de cartão para estacionamento em Vagas sinalizadas com símbolo internacional de acesso destinado às **pessoas portadoras de necessidades especiais**, conforme prevê a Legislação vigente.

<b>DADOS DO SOLICITANTE – Pessoa Portadora de Necessidade Especial</b>			
Nome:	Data Nasc. / /		
Endereço:	Complemento:		
Bairro:	Cidade: <b>Caieiras - SP</b>	CEP:	
Fone Res.:	e-mail:		
CPF:	RG:	Orgão Expedidor:	
CNH:	Validade:		
<b>DADOS DO REPRESENTANTE</b>			
Nome:			
Endereço:	Complemento:		
Bairro:	Cidade:	UF:	
CEP:	Fone:	email:	
CPF:	RG:	Orgão Expedidor:	
CNH:	Validade		

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

**Solicitante (pessoa portadora de necessidade especial)**

- \* Cópia simples de Comprovante de endereço em nome do Solicitante, ou documento equivalente;
- \* Cópia simples da CNH, caso o Solicitante seja devidamente habilitado;
- \* Cópia simples do RG e CPF ou Documento equivalente, **caso o Solicitante não seja devidamente habilitado;**
- \* **CÓPIA DE LAUDO MÉDICO REFERENTE À DEFICIÊNCIA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA COM REDUÇÃO EFETIVA DA MOBILIDADE, DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE DE 90 DIAS.**
- \* **A CREDENCIAL SERÁ FORNECIDA APENAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE, CONFORME RESOLUÇÃO Nº 965, DO CONTRAN.**

**Representante (quando o Solicitante não for devidamente habilitado)**

- \* Cópia simples da CNH, dentro do prazo de validade;
- \* Cópia simples de Documento que comprove a representação legal. Em caso de Declaração, reconhecer Firma das Assinaturas pertinentes.

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES**

Solicitação: ( ) Inicial ( ) Renovação

\* **Em caso de renovação, efetuar devolução do Cartão anterior, junto ao DEMUTRAN.**

( ) Substituição (dentro do prazo de validade): ( ) Perda ( ) Furto ( ) Roubo ( ) Dano

- \* Cópia do boletim de ocorrências ou declaração de extravio, quando for o caso;
- \* Em caso de dano, devolver o Cartão relacionado.

( ) Cancelamento (**devolver o Cartão ao DEMUTRAN, sempre que possível**)

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do Cartão Especial requerido, conforme disposições legais vigentes.

Caieiras, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante ou Representante