



**COORDENADORIA DE SEGURANÇA MUNICIPAL**  
**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO - DEMUTRAN**

Rua Ambrosina do Carmo Buonaguide, 394 - Centro - Caieiras/SP.  
Tel. 11 4605-3607

**CADASTRO DE VEÍCULOS DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA**

Nome do Deficiente	RG
Endereço	CEP
Bairro	TEL
Nome do Condutor	RG
Endereço	CEP
Bairro	TEL
Nº da CNH do Condutor	
Placa do Veículo	Município
Previsão da Duração da Deficiência	

O requerente solicita seu cadastramento junto a este órgão, apresentando para tanto, neste ato, laudo medico, (original), ou cópia autenticada, bem como cópia do CRLV do veículo, e da Carteira Nacional de Habilitação – CNH e R.G.

Observação:

O responsável legal se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Deficiente ou seu  
Representante Legal

RG. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor

RG. \_\_\_\_\_

.....



**ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE CONCESSÃO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO**

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

**Nome**

**Endereço**

**Bairro**

**Fone**

**Identificação do Médico**

**Nome**

**CRM**

**Local de Atendimento**

**Tel**

**Informação Médica**

**Descrição , natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para deambular:**

**Observações :**

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, 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 deambular do solicitante.

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

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, o DEMUTRAN emitirá autorização com validade no mínimo de 2 meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo haverá necessidade de nova solicitação.

O DEMUTRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão Especial DEMUTRAN, se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender Constituição Federal, Cap.VIII,Art.227 , §1º,inciso II bem como a resolução municipal nº 02/2009.

O medico se responsabiliza pela veracidade das informações medicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

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

\_\_\_\_\_  
Nome e CRM do medico

**Autorizo:**

A divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Cartão Especial DEMUTRAN.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do deficiente ou representante



**COORDENADORIA DE SEGURANÇA MUNICIPAL**  
**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO - DEMUTRAN**

Rua Ambrosina do Carmo Buonaguide, 394 - Centro - Caieiras/SP.  
Tel. 11 4605-3607

ILMO.SR.Diretor do Departamento Municipal de Transito

Solicito a vossa senhoria autorização especial, por meio do cartão para estacionamento em vagas sinalizadas com o símbolo internacional de acesso destinado as pessoas portadoras de deficiência fisica ou com mobilidade reduzida, conforme prevê a Legislação Vigente.

<b><u>DADOS DO SOLICITANTE</u></b>			
Nome		Data Nasc.	/ /
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cep	Cidade	Uf
Fone	Rg. nº		Data Expedição
CNH nº		Validade CNH	E-mail
<b><u>REPRESENTANTE</u></b>			
Nome do Representante			E-mail
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cep	Cidade	Uf
Fone		Rg. nº.	

**DOCUMENTOS NECESSARIOS**

- Cópia simples da carteira de identidade (ou de documento equivalente) da pessoa portadora de deficiência fisica ou com mobilidade reduzida.
- Copia simples da carteira de identidade (ou de documentos equivalente) do representante da pessoa portadora de deficiência fisica ou com mobilidade reduzida, quando for o caso.
- No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o referente é representante da pessoa portadora de deficiência fisica ou mobilidade reduzida.
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação.
- Cópia do CRLV (Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo)
- Cópia de comprovante de endereço em Nome do Requerente.

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES**

Solicitação:  inicial  renovação

- Atestado medico, conforme legislação vigente, emitido no Maximo á três meses (original ou copia autenticada, ou ainda copia simples ,neste caso mediante apresentação do original para a conferencia )para pessoa portadora de deficiência fisica permanente ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária , por periodo de no mínimo dois meses.
- No caso de renovação, devolução do cartão, ao DEMUTRAN, sempre que possível.

**Substituição (dentro do prazo de validade):**  perda  furto  roubo  dano

- Copia do boletim de ocorrência ou declaração de extravio, quando for o caso.
- Em caso de dano, devolver o cartão.

**Cancelamento :-**Devolução do cartão especial 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 DEMUTRAN, em conformidade com as disposições legais vigentes.

CAIEIRAS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do deficiente ou representante