

**DIRETORIA DE TRANSPORTES COORDENADORIA DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO**

**Nº REGISTRO:** \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO ESPECIAL AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome:		Data de nascimento: __/__/____	
Endereço:		nº	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	
Telefone:	Documento de identidade:		
CNH nº: (quando motorista)	Validade CNH:	CRLV nº	

**RESPONSÁVEL LEGAL (Quando houver- Anexar Cópia)**

Nome:	Fone:	RG:
-------	-------	-----

**DOCUMENTAÇÃO**  
(Apresentação obrigatória – cópia autenticada ou cópia simples acompanhada do original)

CONDIÇÃO DE PASSAGEIRO	CONDIÇÃO DE MOTORISTA
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Documento oficial de identificação;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de residência atualizado;</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de Registro e Licenciamento de Veículos (CRLV);</li> <li><input type="checkbox"/> Laudo médico emitido por junta médica, contendo uma descrição detalhada e técnica sobre a restrição física ou mental, com o respectivo Código Internacional de Doenças - CID.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação - CNH;</li> <li><input type="checkbox"/> Comprovante de residência atualizado;</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de Registro e Licenciamento de Veículos (CRLV);</li> <li><input type="checkbox"/> Laudo médico emitido por junta médica, contendo uma descrição detalhada e técnica sobre a restrição física ou mental, com o respectivo Código Internacional de Doenças - CID.</li> </ul>

Declaro, sob as penalidades da Lei, ser verdade as informações acima prestadas e desde já me responsabilizo pelo bom uso da credencial, em conformidade com as disposições legais vigentes.

Belém (PA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Atendente

Assinatura do Requerente

Assinatura

Data de entrega da credencial: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO**

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_ Data cadastro: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

A credencial: o próprio beneficiário, Pais, ou Representante Legal, munidos de documentos comprobatórios.

Atendimento de segunda a sexta-feira de 8h às 13h. Fone: 98886-1235 - Posto SeMOB (José Malcher) - Email: [caau-semob@belem.pa.gov.br](mailto:caau-semob@belem.pa.gov.br)