



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA
SEÇÃO DE MOBILIDADE URBANA
REQUERIMENTO DE CARTÃO CEDs-SMT.

Ilmo. Sr. Chefe da Seção de Mobilidade Urbana:

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão CEDs-SMT, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinado às pessoas portadoras de deficiência física ou mobilidade reduzida, conforme prevê o Decreto nº 114 de 30 de agosto de 2.010.

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA		DATA DE NASCIMENTO	SEXO MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH	E-MAIL	
REPRESENTANTE			
NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO)		E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR:
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
Para todos os tipos de requerimento: - Preenchimento em 02 (duas) vias deste Requerimento; - Cópia simples da Carteira de Identidade do Solicitante e do Representante da pessoa Portadora de Deficiência Física ou com Mobilidade Reduzida - Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação, frente e verso, do Solicitante (se o mesmo for habilitado) e do Representante. - Cópia simples da PLANILHA MÉDICA , quando o solicitante já tiver passado pela banca examinadora do DETRAN/SP e a sua DEFICIÊNCIA FÍSICA , já esteja constando em sua C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação . - Cópia simples do C.R.L.V. do(s) veículo(s) utilizado(s) para transporte ou locomoção do Deficiente Físico.			
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES			
Solicitação: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovação - Atestado Médico, conforme determina o Decreto nº 114/2.010, Anexo II, emitido no máximo à (03) três meses no original ou cópia autenticada, expedido para a pessoa portadora de deficiência física permanente ou para a pessoa com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo (02) dois meses. - No caso de renovação, devolução do Cartão anterior CEDs-SMT, sempre que possível. <input type="checkbox"/> Substituição(dentro do prazo de validade): <input type="checkbox"/> PERDA <input type="checkbox"/> FURTO <input type="checkbox"/> ROUBO <input type="checkbox"/> DANO - Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for um dos casos descritos no item anterior. <input type="checkbox"/> Cancelamento: - Devolução do Cartão CEDs-SMT, sempre que possível. Observações:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS			
Assinalar a principal condição de utilização do cartão: <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como condutor <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como conduzido			
Indicar a quem pertence(m) o(s) veículo(s) costumeiramente utilizado(s), preencher mais de uma opção se for o caso: <input type="checkbox"/> Pessoa com deficiência física ou mobilidade reduzida. <input type="checkbox"/> Familiar mais distante do deficiente (avós, netos, primos) <input type="checkbox"/> Familiar do deficiente (pai, mãe, marido/mulher, companheiro, representante legal, filhos ou irmãos)			
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 CEDs-SMT, em conformidade com as disposições legais vigentes. Porto Ferreira, _____ de _____ de 2.0_____. Assinatura do deficiente ou representante			