



Prefeitura Municipal de Votorantim

“Capital do Cimento”

Secretaria de Mobilidade Urbana - Semob

Serviço de Trânsito e Transportes - STT

REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOA PORTADORA DE NECESSIDADE ESPECIAL - PNE

Sr. Secretário

Solicito a V.S.^a autorização para emissão de cartão para estacionamento em vagas sinalizadas e destinadas às pessoas portadoras de deficiência física, conforme prevê a **Resolução nº 965/2022 CONTRAN e Resolução 007/2014-SEMU**

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME (PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS):		DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
ENDEREÇO:		Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
FONE:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	EXPEDIDO POR:
CNH:	VALIDADE CNH:	CPF:	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL			
NOME DO REPRESENTANTE:		CPF:	
ENDEREÇO:		Nº	COMPLEMENTO: UF:
BAIRRO:		RG:	
CNH:	VALIDADE CNH:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	EXPEDIDO POR:
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
PARA O REQUERENTE: -CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH; -CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM VOTORANTIM ATUALIZADO (60 DIAS); -BOLETIM DE OCORRÊNCIA EM CASO DE PERDA OU EXTRAVIO DESTE;		PARA O REPRESENTANTE LEGAL: -CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH; -CÓPIA DOCUMENTO QUE COMPROVE REPRESENTAÇÃO LEGAL;	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
SOLICITAÇÃO: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO (DEVOLUÇÃO DA CEPNE, SEMPRE QUE POSSÍVEL) <input type="checkbox"/> 2º VIA (DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE): <input type="checkbox"/> PERDA <input type="checkbox"/> FURTO <input type="checkbox"/> ROUBO <input type="checkbox"/> DANO <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO (DEVOLUÇÃO DA CEPNE, SEMPRE QUE POSSÍVEL) (TRAZER BOLETIM DE OCORRÊNCIA EM CASO DE PERDA OU EXTRAVIO DESTE DOCUMENTO)			
DECLARO SOB AS PENAS DA LEI, QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE E DESDE JÁ ME RESPONSABILIZO PELO BOM USO DO CEPNE, CONFORMIDADE COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS VIGENTES.			
VOTORANTIM, DE DE 20			
_____ ASSINATURA DO SOLICITANTE OU REPRESENTANTE LEGAL			

PROTOCOLO:

RETIRADA:

ATESTADO MÉDICO**FINALIDADE**

Para fins de emissão da Credencial de Estacionamento para Pessoa Portadora de Necessidades Especiais - CEPNE para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com o Símbolo internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículo utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou na(s) membro(s) superior(es) e inferior(es) e inferior(es), que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou por pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

IDENTIFICAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA:

RG:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO:

REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):

LOCAL DO ATENDIMENTO:

FONE:

INFORMAÇÕES MÉDICAS**DEFICIÊNCIA PERMANENTE** SIM NÃO

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese.

 SIM NÃOMembros Superiores Inferiores Ambos Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental.**MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA****COM ALTO GRAU DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO**

Período previsto da restrição médica.

___/___/___ a ___/___/___

(mínimo 2 meses, máximo 1 ano)

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

Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clinico da doença, citado 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 Departamento de Trânsito e Transporte emitira a autorização com a validade de no mínimo 2 meses e de no máximo 1 ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

O Departamento de Trânsito e Transporte se reserva ao direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Departamento de Trânsito e Transporte se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII. Art. 227. § 1º. Inciso II bem como a instruções da Resolução 007/ 2014.

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

VOTORANTIM, DE 20__

Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção do Serviço de Trânsito e Transporte.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou do Representante Legal