



<b>SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO ESPECIAL (DEFICIENTE)</b>	<b>Uso da SETTRANS</b>
<b>SOLICITANTE</b>	Registro nº. _____

Nome: _____			
Rua /Av. _____		Nº _____	Complemento _____
Bairro _____	CEP _____	Cidade _____	UF _____
DN: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	E-mail _____	
RG: _____	Celular: _____	Telefone fixo _____	
CPF: _____	CNH: _____		

**REPRESENTANTE**

Nome: _____			
Rua/ Av. _____		Nº _____	Complemento _____
Telefone _____	RG _____	CPF _____	CNH _____
Tipo de Vínculo com o Deficiente			
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Procurador

**DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (Original e Fotocópia)**

<p><b>Do Solicitante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação Pessoal (Carteira Nacional de Habilitação ou RG/CPF)</li> <li>- Comprovante de Endereço</li> <li>- Laudo médico que comprove a deficiência quando (emitido há no máximo 06 (seis) meses)</li> </ul> <p><b>Do Representante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação Pessoal (Carteira Nacional de Habilitação ou RG/CPF)</li> <li>- Documento que comprove a Representação</li> <li>- Comprovante de endereço</li> </ul>
--

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são a expressão da verdade e, desde já, responsabilizo-me pelo bom uso da credencial de estacionamento, em conformidade com as disposições vigentes.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Deficiente ou Representante

**PARA USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E TRANSPORTES**

<input type="checkbox"/> Aprovado: _____ / _____ / _____ Data	<input type="checkbox"/> Reprovado _____ / _____ / _____ Data
Breve Justificativa: _____	
_____ Gerência de Projetos e Fiscalização de Transportes	