PREFEITURA DE URUPÊS

DIVISÃO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO

Ilmo. Sr. Diretor da Divisão Municipal de Trânsito de Urupês, SP.
Solicito credencial para estacionamento em vagas específicas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às Pessoas com Deficiência com Comprometimento de Mobilidade, prevista no artigo 12º, da resolução Contran nº. 965/22 .

DADOS DO SOLICITANTE – PORTADOR DE NECESSIDADE ESPECIAL

NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA:	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: ☐ MASC ☐ FEM

ENDEREÇO (RUA/AV):	N°	COMPLEMENTO

BAIRRO:	CEP:

FONE:	FONE (RECADO):	RG N°	DATA DE EXPEDIÇÃO DO RG:

REPRESENTANTE

NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO):	RG N°:

ENDEREÇO (RUA/AV):	N°	COMPLEMENTO:

BAIRRO:	CEP:	FONE:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - CONDIÇÕES

- Requerimento preenchido corretamente.
- Cópia simples do documento de identificação do solicitante (com deficiência com comprometimento de mobilidade).
- Ser residente no Município de Urupês (Artigo 12 da Resolução 965/22).
- Cópia simples do comprovante de residência no nome do requerente ou do representante.
- No caso de representante legal: a) Cópia simples da carteira de identidade(ou doc. equivalente) da pessoa com Deficência com Comprometimento de Mobilidade.

b) Cópia simples do documento que comprove a condição de representante.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Solicitação: ☐ **Inicial** ☐ **Renovação n°:**

- Atestado médico, emitido no máximo há três meses, para Pessoa com Deficiência com Comprometimento de Mobilidade permanentes ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses.
Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação, quando for condutor o(a) com Deficiência com Comprometimento de Mobilidade.
No caso de Renovação, devolução da Credencial Canesp.

☐ - **2° via ou Substituição da Credencial** (dentro do prazo de validade): ☐ Perda ☐ Furto ☐ Roubo ☐ Danos
Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for ocaso.
Em caso de danos, devolver a credencial Canesp.

☐ - **Cancelamento da Credencial:**
Devolução da Credencial Canesp.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS

Assinalar a principal condição da utilização da Credencial Canesp.

☐ Na maioria das vezes como condutor. ☐ Na maioria das vezes como conduzido.

Indicar a quem pertence(m)o(s)veículo(s)costumeiramente utilizado(s).Preencher mais de uma opçãos e for o caso:

☐ Pessoa com Deficiência com Comprometimento de Mobilidade.

☐ Familiar da Pessoa com Deficiência com Comprometimento de Mobilidade (pai, mãe, marido/esposa, companheiro ou irmãos).

☐ Representante.

☐ Outros.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressões da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso da Credencial Canesp, em conformidade com as disposições legais vigentes.

Urupês,_____de_____de20_____. _____

Assinatura do Portador de Deficiência ou Representante

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de autorização especial por meio da credencial para estacionamento em vagas específicas devidamente sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos do Município de Urupês, de veículo utilizado por Pessoas com deficiência com comprometimento de mobilidade, que a obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, pessoa portadora de deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental, pessoa de senilidade avançada, pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimen-

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE NECESSIDADES ESPECIAIS

NOME:		DATA DE NASCIMENTO: / /	SEXO: ☐ MASC ☐ FEM
ENDEREÇO:		Nº	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE:	UF:
FONE:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	EXPEDIDO POR:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

NOME:	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM):
LOCAL DE ATENDIMENTO (RUA/AV.):	FONE:

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA FÍSICA PERMANENTE

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese?

☐ Sim ☐ Não

☐ Deficiência ambulatória autônoma, decorrente de incapacidade mental ou senilidade avançada.

MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORÁRIA

(com alto grau de comprometimento ambulatório)

Utiliza cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese?

☐ Sim ☐ Não

Período previsto de restrição médica.

____/____/____a____/____/____(mínimo de 02meses).

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

Observações: Fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando 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, a Divisão Municipal de Trânsito (Dimutran) emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano; havendo necessidade de dilação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.
A Dimutran se reserva ao direito de solicitar esclarecimento e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão da credencial se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.
As informações acima prestadas têm como finalidade atender à Constituição Federal, Cap VII, Art. 227, § 1°, Inciso II, bem como a Lei Federal 10.098 de 19 de Dezembro de 2000.

Urupês_____de_____de_____

_____
Nome e CRM do médico

Autorizo:

A divulgação de informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para a finalidade de obtenção da credencial Canesp.

_____
Assinatura do deficiente ou representante