****

**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE MOBILIDADE URBANA - SEMOB**

**SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO – SMTRAN**

**FICHA DE CADASTRO PARA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD (Dificuldade de Locomoção)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***\*(para uso exclusivo do órgão de trânsito)*** | | | **MATRICULA Nº.:** |
| **NOME DO PORTADOR:** | | | |
| **RG:** | **SSP/** | **CPF:** | |
| **DATA NASCIMENTO:** | | **NATURALIDADE/UF:** | |
| **ENDEREÇO:** | | | |
| **TELEFONE CEL.:** | | | |

**ANEXAR CÓPIAS LEGÍVEIS DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:**

* **CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG) ou CNH, caso menor de idade incluir documentação do responsável.**
* **LAUDO COM O CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID), O CARIMBO, O CRM E A ASSINATURA DO MÉDICO QUE COMPROVE A DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, (CÓPIA).**

*(Para uso do órgão)*

*Recebido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura*

*OBS: A Resolução 1.012/2024 do CONTRAN também beneficia PORTADORES DE DIFICULDADE DE*

*LOCOMOÇÃO TEMPORÁRIA A EXEMPLO DO CIRURGIADO. Nestes casos, o LAUDO MÉDICO*

*DEVERÁ INFORMAR EXPRESSAMENTE A DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO DO PACIENTE OPERADO.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AVENIDA CAP. JÚLIO BEZERRA Nº 1481 – BAIRRO 31 DE MARÇO

**ASSINATURA DO P.C.D OU RESPONSÁVEL** CEP 69.305-294 – BOA VISTA – RORAIMA

E-mail: multas.smtran.semob@gmail.com