 **PREFEITURA MUNICIPAL DE IGUARAÇU - PARANÁ**

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**

**REGISTRO Nº**

(Uso exclusivo da Prefeitura)

**Ilmo. Sr. Secretário Municipal, dos Transportes**

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio da credencial de estacionamento em vagas para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência e com dificuldade de locomoção, conforme Resolução 304 de 18 de Dezembro de 2008.

**DADOS DO SOLICITANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | DATA DE NASC. | | SEXO: |
| ENDEREÇO (RUA/AV.) | | | Nº | | CEP: |
| BAIRRO: | COMPLEMENTO: | | CIDADE: | | UF: |
| FONE: | | CPF: | | R.G. | |
| CNH Nº (Quando for o condutor): | | VALIDADE CNH: | |  | |

**REPRESENTANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO REPRESENTANTE (Quando for o caso): | | | | | |
|  | | | | | |
| ENDEREÇO (RUA/AV.): | | | Nº | | COMPLEMENTO: |
| BAIRRO: | CEP: | | CIDADE: | | UF: |
| FONE | | R.G. | | CPF: | |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

|  |
| --- |
| **Para todos os tipos de requerimento:**  - Cópia simples do **C.P.F.** e do **R.G.** ou **C.N.H.** (carteira de motorista) da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida.  - Cópia simples do Comprovante de Residência da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida. - Cópia simples do R.G. e C.P.F. (ou documento equivalente) do representante.  - No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência física ou com mobilidade reduzida. |
| **DOCUMENTOS COMPLEMENTARES – ATESTADO MÉDICO**  **SOLICITAÇÃO:** ( ) INICIAL ( ) RENOVAÇÃO |

- Atestado médico, em Anexo, emitido á três meses (original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso mediante apresentação do original para conferência), para pessoa portadora de deficiência física permanente ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária de no mínimo dois meses.

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

Iguaraçu, de de 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Deficiente ou Representante