****

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA URBANA E TRÂNSITO - SMST

**SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO - SMTRAN**

 **FICHA DE CADASTRO PARA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE LOCOMOÇÃO - PNE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MATRICULA Nº.:** |
| **NOME DO PORTADOR:** |
| **RG:**  | **SSP/** | **CPF:** |
| **DATA NASCIMENTO:** | **NATURALIDADE/UF:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **TELEFONE CEL.:** | **RESIDENCIAL:** | **TRABALHO:** |

**ANEXAR CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS:**

* **RG E CPF**
* **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**
* **LAUDO COM O CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID), O CARIMBO, O CRM E A ASSINATURA DO MÉDICO QUE COMPROVE A DEFICÊNCIA DE LOCOMOÇÃO, ORIGINAL OU CÓPIA.**

**OBS: A Resolução 304/2008 do CONTRAN também beneficia PORTADORES DE DEFICIÊNCIA DE LOCOMOÇÃO TEMPORÁRIA A EXEMPLO DA GESTANTE E O CIRURGIADO.**

**Nestes casos, o LAUDO MÉDICO DEVERÁ INFORMAR EXPRESSAMENTE A DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO DO PACIENTE OPERADO OU GESTANTE.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BOA VISTA, RR, \_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 20\_\_\_\_.**

 **NOME (POR EXTENSO)**

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

CEP 69.305-294 – BOA VISTA – RORAIMA

E-mail: smstmulta.pmbv.rr@gmail.com