



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 DEFICIÊNCIA 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)