



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 – PCD (Dificuldade de Locomoção)

**(para uso exclusivo do órgão de trânsito)*

MATRICULA N°.: _____

NOME DO PORTADOR: _____		
RG: _____	SSP/ _____	CPF: _____
DATA NASCIMENTO: _____		NATURALIDADE/UF: _____
ENDEREÇO: _____		
TELEFONE CEL.: _____		

ANEXAR CÓPIAS LEGÍVEIS DOS SEGUINTE 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).**

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.

(Para uso do órgão)

Recebido: ____/____/____

Assinatura

ASSINATURA DO P.C.D OU RESPONSÁVEL

AVENIDA CAP. JÚLIO BEZERRA Nº 1481 – BAIRRO 31 DE MARÇO
CEP 69.305-294 – BOA VISTA – RORAIMA
E-mail: smstmulta.pmbv.rr@gmail.com