****

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 – PCD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *\*(para uso 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:**

* **CNH ou CARTEIRA DE INDENTIDADE (RG)**
* **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.**

*(Para uso do órgão)*

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

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

*Assinatura*

*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.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: smstmulta.pmbv.rr@gmail.com