

## AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA ESTACIONAMENTO DE VEÍCULOS VAGAS DESTINADAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE

### REQUERIMENTO

**NOVO**

**RENOVAÇÃO**

ILMO SR. SECRETÁRIO DA STMU.

Nome do Requerente (por Extenso)

Data de Nasc.:

Nº da Identidade ou CNH

Órgão Expedidor

CPF

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade/Município:

Estado:

CEP:

Telefone Residencial:

Celular:

Email:

**Vem requerer à V.Sa. autorização especial para estacionamento em vagas destinadas à condutores portadores de deficiência física e com comprometimento de mobilidade.**

Nestes Termos pede deferimento,

Volta Redonda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinar nome completo/requerente

### **Uso interno**

Deferido

Indeferido

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular do cartão

### **ENTREGUE CÓPIA DOS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS**

- ( ) Documento de Identidade, CPF ou CNH;
- ( ) Laudo Médico Atual (6 meses), especificando a deficiência e que comprove o comprometimento de mobilidade,;
- ( ) Comprovante de residência recente em nome do(a) requerente. Exemplo: contas de água, luz, gás, internet residencial, comprovante de domicílio eleitoral, etc.
- ( ) 1 Foto 3x4 colorida recente.

**OBS.:** Caso o requerente for menor de idade ou incapaz, deverá ser anexada cópia do RG e CPF do responsável legal.