



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

Nº _____/_____/_____

DATA: ____/____/____

PROTOCOLO SEMTRAN

ANEXO I - REQUERIMENTO DE VAGA ESPECIAL

Nº REGISTRO: _____

Ilmo Sr. Secretário Municipal de Transportes de São Gonçalo,
Solicito autorização especial, por meio deste Cartão de Vaga Especial, para Estacionamento em logradouros públicos nas vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas com deficiência e dificuldade de locomoção, conforme estabelecido na Resolução nº 304 de 18/12/2008 do CONTRAN vigente.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do portador(a) da deficiência: _____
Data de Nascimento ____/____/____, CPF: _____
Rg: _____ Expedido pelo Órgão: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade _____ CEP _____
Telefone(s) para contato _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Nome do Representante: _____
Data de Nascimento ____/____/____, CPF: _____
Rg: _____ Expedido pelo Órgão: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade _____ CEP _____
Telefone(s) para contato _____

Solicitação: Inicial Renovação Nº do Processo: _____ 2ª Via

Documentação:

- Cópia do documento de Identificação com foto (RG e CPF) do beneficiário.
- Cópia do Comprovante de Residência em nome do Beneficiário ou Representante Legal.
- Atestado Médico devidamente preenchido (**ANEXO II**)
- Representante Legal anexar cópia do RG e CPF
- Tutela e/ou Procuração Registrada, se for o caso.

Observação: Nos casos de perda, roubo ou furto deverá ser apresentado o Boletim de Ocorrência.

Comentários : _____

Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do Cartão de Estacionamento Vaga Especial, em conformidades com as disposições legais vigentes.

São Gonçalo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário ou Representante: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES

ANEXO II – ATESTADO MÉDICO / REQUERIMENTO DE VAGA ESPECIAL

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do portador(a) da deficiência: _____
Data de Nascimento ____/____/____, CPF: _____
Rg: _____ Expedido pelo Órgão: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade _____ CEP _____
Telefone(s) para contato _____
Autorizo a divulgação das informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão de Estacionamento Vaga Especial
Assinatura do Beneficiário ou Representante _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: _____
Registro Profissional (CRM) _____
Local de Atendimento: _____
Telefone: _____

INFORMAÇÕES MÉDICAS

O REQUERENTE POSSUI DEFICIÊNCIA AMBULATORIA CAUSADA POR:

DEFICIÊNCIA FÍSICA []

Membro(s): [] Inferior(es) [] Superior(es) [] Inferiores e Superiores

Utiliza: [] Cadeira de Rodas [] Aparelhagem Ortopédica [] Prótese

DEFICIÊNCIA AMBULATORIA AUTÔNOMA

MOBILIDADE REDUZIDA COM ALTO GRAU

DECORRENTE DE INCAPACIDADE MENTAL []

DE COMPROMETIMENTO AMBULATORIO []

PERMANENTE []

EM SENDO TEMPORÁRIO INFORMAR O PERÍODO PREVISTO DE

TEMPORÁRIA []

RESTRIÇÃO MÉDICA : ____/____/____ à ____/____/____

Descrição e CID da lesão que justifique a incapacidade ou dificuldade para ambular:

Observações:

- 1) Descrição sucinta, informando o tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexo entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de ambular do solicitante.
- 2) Os campos deverão ser preenchidos com letra de forma ou datilografados.
- 3) Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SEMTRAN emitirá autorização com validade mínima de 2 meses e no máximo 3 anos.
- 4) A SEMTRAN se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

É beneficiária do cartão de vaga especial a pessoa portadora de deficiência física, com deficiência ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es) ou nos membro(s) superior(es) e inferior(es), que obrigue ou não a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou por pessoa portadora de deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda por pessoa que se encontra temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DO CARTÃO DE VAGA ESPECIAL?

[] SIM [] NÃO

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do cartão CEVE se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas tem como finalidade atender a Resolução 304 do CONTRAN.

O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas, prestadas a este órgão, sob penas da Lei.

São Gonçalo ____/____/____

Assinatura/ Carimbo do Médico: _____