



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 SEGUINTE DOCUMENTOS:

- ✓ **CNH ou CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG)**
- ✓ **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.

(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