



Prefeitura de Jacareí
Secretaria de Mobilidade Urbana

ANEXO II

**REQUERIMENTO DE CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO EM VAGAS DE PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE**

Nº REGISTRO.....

Eu,....., D. Nasc.:/...../.....
Portador (a) do RG nº, e CPF nº.....,
residente na.....,
Bairro.....,no município Jacareí / SP,
Cep.....,Telefone (s).....
Profissão.....E-mail.....

Conforme estabelecido na Resolução CONTRAN nº 965/2022, venho por meio deste solicitar:
[] Credencial para estacionamento em vagas de pessoas com deficiência com comprometimento de mobilidade.
[] 2ª via de credencial
[] Renovação de credencial

Documentos apresentados:

[] Documento pessoal [] CRLV [] Comprovante de endereço
[] Atestado médico conforme anexo III, emitido há no máximo 3 meses para pessoa com deficiência com comprometimento de mobilidade.
[] Outros.....

Declaro sob as penas da lei que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo uso da credencial conforme as disposições legais vigentes.

Jacareí,.....de.....de.....

.....
Assinatura do requerente

Retirada da credencial:

[] Via Correios
[] Praça de Atendimento – Praça dos 3 poderes, 73 - Centro
Retirada em:/...../..... Assinatura:.....



Prefeitura de Jacareí

Secretaria de Mobilidade Urbana

ANEXO III

ATESTADO MÉDICO

FINALIDADE

Para fins de emissão de credencial para estacionamento em vagas de pessoas com deficiência com comprometimento de mobilidade, nos termos da Resolução CONTRAN nº 965/2022, e do Decreto Municipal nº 1.058/2024.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM COMPROMETIMENTO DE MOBILIDADE

Nome....., D. Nasc.:/...../.....

RG nº, CPF nº, Telefone (s).....

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome....., CRM nº

Endereço do atendimento..... Telefone.....

INFORMAÇÕES MÉDICAS

1. Preencher se pessoa com deficiência

☐ Deficiência mental. ☐ Deficiência visual. ☐ Deficiência física.

2. Preencher período de incapacidade

☐ Permanente ☐ Provisória Período: de/...../..... à/...../.....

3. CID e descrição que justifique o comprometimento de mobilidade

.....
.....
.....
.....

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 o nexo entre a patologia e o comprometimento de mobilidade do solicitante.
2. Nos casos de comprometimento de mobilidade temporária, a credencial terá validade indicada pelo médico, não excedendo um ano.
3. A Diretoria de Trânsito se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e / ou informações médicas complementares quanto ao nexo entre a patologia e o efetivo comprometimento de mobilidade do solicitante.

O REQUERENTE SE ENQUADRA COMO BENEFICIÁRIO DA CREDENCIAL? ☐ SIM ☐ NÃO

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

Jacareí,.....de.....de.....

Assinatura / carimbo do médico

Autorizo a divulgação das informações médicas a meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção de credencial.

.....

Assinatura do requerente