



REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO - VAGA ESPECIAL

() IDOSO

() GESTANTE

() LACTANTE

() DEFICIENTE - (Deficiências que reduzem a mobilidade.

Ex.: Fibromialgia, Autismo)

SOLICITANTE: _____

CPF: _____ **RG:** _____

ENDEREÇO: _____

QUADRA: _____ **LOTE:** _____ **BAIRRO:** _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____

E:mail: _____ **TELEFONE:** _____

DATA: ____/____/____

Assinatura do Requerente



CÓPIAS NECESSÁRIAS PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO:

- Cópia legível do RG/CPF do requerente;
- Cópia legível do comprovante de endereço no município de Aparecida de Goiânia (GO);
- Cópia legível de documento(s) médico(s) relacionado à deficiência do requerente e, a apresentação das razões/alegações e limitações existentes referente ao tipo de deficiência que possui;
- Cópia legível de relatório médico, resultado com laudo do exame ultrasson no caso de gestante;
- Cópia legível da certidão de nascimento da criança, no caso de lactante;

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- O requerimento deve ser preenchido de forma legível, juntamente com as respectivas documentações relacionadas ao caso do requerente que comprovem a condição e/ou a situação do solicitante e deverá ser encaminhado para o e-mail protocolo.mobilidade@aparecida.go.gov.br, ou de forma presencial na sede da Secretaria Executiva de Mobilidade;
- Caso o requerente não possa comparecer para receber o Cartão de Estacionamento, poderá ser entregue a terceiros, desde que apresente documentos originais do requerente e/ou protocolo de requerimento;
- Não serão aceitas rasuras ou emendas no requerimento;
- Prazo de entrega do Cartão de Estacionamento será de 10 (dez) dias após a solicitação;

