



REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO VAGA
ESPECIAL

- () IDOSO
() GESTANTE
() LACTANTE
() DEFICIENTE
() AUTISTA
() FIBROMIALGIA
() OUTRAS PESSOAS COM LAUDO DE MOBILIDADE REDUZIDA

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 relatório médico, laudo de exame, relacionado à deficiência do requerente com definição da limitação existente referente a condição que possui;



- OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- <https://aparecida.go.gov.br/orgaos/smta/smta-publicacoes-e-formularios/servicos>

DESCRIÇÃO DAS RAZÕES E/OU ALEGAÇÕES RELACIONADAS A DEFICIÊNCIA,
GESTANTE OU LACTANTE

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Assinatura do Requerente