

REQUERIMENTO DE CARTÃO DE ESTACIONAMENTO – VAGA ESPECIAL

IDOSO

DEFICIENTE

(Todas as doenças que reduz a mobilidade.
ex.: pessoa portadora de fibromialgia, autismo e gestante)

SOLICITANTE: _____

CPF: _____ RG: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

E:mail: _____

DATA:

_____/_____/_____

Assinatura do Requerente

CÓPIAS NECESSÁRIAS PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO:

- Cópia legível do RG/CPF do requerente;
- Cópia legível do comprovante de endereço de Aparecida de Goiânia (GO);
- Cópia legível de documento(s) médico(s) relacionado à deficiência do requerente e, ainda, a apresentação das razões/alegações e limitações existentes referente ao tipo de deficiência que possui;
- O requerimento preenchido de forma legível junto com as documentações poderá ser encaminhado para o e-mail protocolo.mobilidade@aparecida.go.gov.br

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Prazo de entrega de 10 (dez) dias após a solicitação;
- 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;

