



Requerimento de Autorização Especial de Estacionamento (Portadores de Necessidades Especiais)

Ilmo. Senhor Secretário da Divisão Executiva de Trânsito de Itatiaia/RJ – DETRA

Eu, _____,
RG nº _____, Órgão expedidor _____, CPF nº _____,
Endereço: _____,
Cidade: _____, Cep.: _____,
Profissão: _____, Tel. Fixo: _____,
E-mail _____,

Desejo retirar a Autorização Especial para Estacionamento nos locais regulamentados, conforme indicado abaixo:

Autorização Especial de Estacionamento para Portadores de Necessidades Especiais. (Res. CONTRAN Nº965/22 Art.7º)

Renovação de Autorização Especial de Estacionamento para Portadores de Necessidades Especiais.

Processo nº _____/_____

Outros: _____

Documentos necessários para formalizar o requerimento:

- Cópia - Comprovante de Residência **em nome do requerente;**
- Cópia - Carteira de Identidade;
- Cópia - CPF;
- Cópia - Carteira Nacional de Habilitação – CNH **dentro do prazo de validade (caso o requerente seja habilitado);**
- Cópia - do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo – CRLV atualizado;
- Anexo I deste requerimento (Atestado Médico) devidamente preenchido e assinado por profissional registrado no CRM.

Nestes termos
Pede Deferimento

Itatiaia, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente



ANEXO I
Atestado Médico

O presente somente terá validade para a finalidade de concessão do cartão de Autorização Especial de Estacionamento para pessoas com deficiência, nas vagas reservadas aos veículos com pessoas com deficiência, devidamente sinalizadas, conforme Lei Federal nº 9.503 (C.T.B), Lei Municipal nº 362/2002 Resolução CONTRAN nº 965/2022.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

NOME				DATA DE NASCIMENTO	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	TELEFONE	
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO	CEP	
BAIRRO	CIDADE	UF	E-MAIL		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID - 10
Deficiência FÍSICA <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL <input type="checkbox"/> Deficiência MENTAL <input type="checkbox"/>	(listar todos os códigos necessários)

Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade de deambular (comprometimento físico de locomoção)

Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara com **letra de forma** ou datilografados;
A DETRA se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a **parecer técnico** e ainda **avaliação presencial**.

**O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas;
O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.**

Itatiaia, de de 20 .

Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico