



Superintendência Itaporanguense de Transportes e Trânsito

Rua João da Mata, S/N, Alto do Ginásio, Itaporanga-PB. E-mail: sittrans@itaporanga.pb.gov.br

FORMULÁRIO CREDENCIAL – PESSOA PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA E DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO



Documentos Necessários: (Original e Cópia Simples)

- Documento de Identificação com Foto (RG, CNH) do PNE e do Representante, quando o caso.
- Comprovante de Residência da pessoa portadora de deficiência e do Representante, quando o caso.
- Documento comprovando que o requerente é representante da pessoa portadora de deficiência, quando o caso.
- Atestado Médico recente atestando a dificuldade de Locomoção e o prazo do tratamento.

Solicito de Vossa Excelência a emissão de Credencial para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso, **destinadas às pessoas Portadoras de Deficiência e com dificuldade de locomoção**, conforme prevê a Lei Federal nº 10.741 e a Resolução do CONTRAN nº 304/2008.

Dados do Solicitante – Pessoa portadora de Deficiência

Nome			Data de Nascimento / /	Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.
Endereço (Rua/Av.)			Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	Telefone () -	Celular () -
Identidade	Data da Expedição / /	Expedido por	CPF	
CNH	Validade da CNH / /	E-mail		

Dados do Representante Legal

Nome			
Endereço (Rua /Av.)		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	Telefone ()
Identidade nº	Data da Expedição / /	Expedido por	CPF

Dados complementares

Solicitação () Inicial () Renovação () 2ª Via / Credencial nº ____/____
Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso do cartão em conformidade com as disposições legais vigentes.
Itaporanga-PB, ____ de ____ de ____.
_____ Assinatura do Solicitante ou Representante Legal