



REGISTRO
(USO EXCLUSIVO DA STMU)

Nº _____

REQUERIMENTO DE CREDENCIAL PARA DEFICIENTE FISICO

DADOS DO SOLICITANTE

NOME DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIENCIA		DATA NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO (RUA/AV)		N.º	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
CNH Nº (QUANDO FOR CONDUTOR)	VALIDADE CNH		E-MAIL

REPRESENTANTE

NOME DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO)		E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA/AV)		N.º	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR

ILMO. SR. SECRETÁRIO, Solicito a Vossa Senhoria, no sentido de que me seja fornecido a Credencial para Idoso conforme Resolução nº 965 de 17 de maio de 2022, combinada com a Resolução Contran nº 1.012 de 14 de outubro de 2024.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade, e desde já me responsabilizo pelo bom uso da Credencial, em conformidade com as disposições legais vigentes.

Poá, _____ de _____ de _____.

Assinatura do idoso ou representante

ANEXAR CÓPIA: CPF, RG, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (NOME DO DEFICIÊNTE/RESPOSÁVEL) e ATESTADO MÉDICO