PREFEITURA DE SÃO PAULO - PMSP
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES - SMT
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO DO SISTEMA VIÁRIO - DSV

Nº

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE VEÍCULO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - OPERAÇÃO HORÁRIO DE PICO

Sr. Diretor do Departamento de Operação do Sistemas Viário - DSV

Solicito a Vossa Senhoria cadastramento junto a este órgão para isenção do cumprimento do Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo, conforme a Lei nº 12.490 e o Decreto nº 37.085, ambos de 03 de outubro de 1997.

☐ Inicial ☐ Renovação ☐ Cancelamento ☐ Substituição - Placa cadastrada: _____

REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ALBERTO SANTOS DUMONT					DATA DE NASC.: 20 / 07 / 1873
SEXO: ☒ MASC ☐ FEM	RG: 31.564.723-6	UF/RG: SP	CPF: 323.242.223-23	E-MAIL: santos.dumont@gmail.com	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC): RUA ROSáRIO			NÚMERO: 45	COMPLEMENTO: 5456	TELEFONE: (11) 84984-9484
CEP: 89036-150	BAIRRO: CENTRO			CIDADE: SãO PAULO	UF: SP
CNH: 4328489432438	VALIDADE CNH: 16 / 10 / 2017	PLACA: CDS4545		CIDADE: Alambari	UF: SP

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL: CATARINA DUMONT					DATA DE NASC.: 25 / 09 / 1984
SEXO: ☐ MASC ☒ FEM	RG: 43.488.039-83	UF/RG: SP	CPF: 234.324.432-43	E-MAIL: santos.dumont@gmail.com	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC): RUA ROSáRIO			NÚMERO: 45	COMPLEMENTO: 5456	TELEFONE: (11) 84984-9484
CEP: 89036-150	BAIRRO: CENTRO			CIDADE: SãO PAULO	UF: SP

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com deficiência ou pelo seu representante legal, deve ser entregue ou enviado pelo correio ao DSV - Autorizações Especiais juntamente com os documentos abaixo relacionados;
- Cópia simples de documento de identidade da pessoa com deficiência (quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento);
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da pessoa com deficiência
- Cópia simples do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo - CRLV;
- Original ou cópia autenticada do Atestado Médico, datado, **emitido há no máximo três meses**, contendo carimbo com nome, assinatura e CRM do médico responsável, informando a deficiência e o respectivo CID.
- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade e CPF do representante legal e cópia simples do documento comprovando que a pessoa é representante legal (procuração, tutela ou curatela);

OBSERVAÇÕES: _____

Autorizo a substituição de qualquer veículo que esteja no cadastro do requerente pelo indicado acima e declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.

São Paulo, _____ de _____ de 201___

_____
Assinatura da Pessoa com Deficiência ou seu Representante Legal

A solicitação acima fica sem valor no caso de não permanecerem as condições que propiciaram as suas concessões, fato que deverá ser comunicado pelo próprio beneficiário da concessão ou por seu representante ao órgão concedente.

PREFEITURA DE SÃO PAULO - PMSP
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES - SMT
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO DO SISTEMA VIÁRIO - DSV

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE VEÍCULOS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS **OPERAÇÃO HORÁRIO DE PICO**

NOME DO REQUERENTE: ALBERTO SANTOS DUMONT	PLACA DO VEÍCULO: CDS4545
RECEBIDO POR:	DATA: