



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM JESUS -GO



SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO DE BOM JESUS -GO

**CADASTRO PARA REQUERER CREDENCIAL ESTACIONAMENTO VAGA ESPECIAL  
IDOSO / PESSOA COM DEFICIÊNCIA / MOBILIDADE REDUZIDA**

**Ilmo. Sr. Superintendente Municipal de Trânsito**

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida ou conduzidos por idosos.

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

NOME:

PAI:

MÃE:

**ENDEREÇO**

RUA:

Nº

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:GO

CEP:

TEL:

R.G:

C.P.F.

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL**

NOME:

R.G:

C.P.F.:

TEL:

IDOSO

PESSOA COM DEFICIÊNCIA

**DOCUMENTOS PARA REQUERER CREDENCIAL :**

• **IDOSO:**

IDENTIDADE, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REQUERENTE.

- **PESSOA COM DEFICIÊNCIA:**

DOCUMENTO DE IDENTIDADE DO REQUERENTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REQUERENTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

LAUDO MÉDICO RECENTE COM INDICAÇÃO DO CID (máximo 1 ano).

- **PROTOCOLO:**

PREENCHA O FORMULARIO PARA CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO NO SITE:

<https://bomjesus.go.gov.br/secretarias/smtbj-superintendencia-municipal-de-transito-de-bom-jesus/>

DATE, ASSINE E JUNTE COM OS CÓPIA DOCUMENTOS LEGÍVEIS INDICADOS NO FORMULÁRIO E PROTOCOLE DIRETAMENTE NA SEDE DA SMTBJ.

ENDEREÇO RUA 01, SN – QUADRA 08 LOTE 12 A CENTRO – AO LADO DO CRAS – BOM JESUS DE GOIAS /GO - CEP: 75.570-000, TELEFONE PARA CONTATO: (64) 3608- 8999.

Local/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Idêntica ao RG ou CNH