



Prefeitura  
de Jundiá

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ  
UNIDADE DE GESTÃO DE MOBILIDADE E TRANSPORTE  
REQUERIMENTO DE CARTÃO CEPCD-UGMT

**Ilmo. Sr. Gestor de Mobilidade e Transporte - UGMT**

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão CEPCD-UGMT, para estacionamento em vagas sinalizadas com o Símbolo Internacional de Acesso destinadas às pessoas com deficiência física, mobilidade reduzida ou Transtorno do Espectro Autista -TEA, conforme prevê o Decreto vigente.

DADOS DO SOLICITANTE			
NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, MOBILIDADE REDUZIDA OU TEA		DATA DE NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> MASC SEXO <input type="checkbox"/> FEM
ENDEREÇO (RUA, AV.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE 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.)		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	CIDADE	UF
FONE	RG	DATA DE EXPEDIÇÃO	EXPEDIDO POR
DOCUMENTOS NECESSARIOS			
<b>Para todos os tipos de requerimento:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cópia simples da carteira de identidade (ou de documento equivalente) da pessoa com deficiência física, mobilidade reduzida ou TEA.</li><li>- Cópia simples de carteira de identidade (ou de documento equivalente) do representante da pessoa com deficiência física, mobilidade reduzida ou TEA, quando for o caso.</li><li>- No caso de representante legal, apresentar cópia simples do documento comprovando que o requerente é representante da pessoa com deficiência, mobilidade reduzida ou TEA.</li></ul>			
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES			
<b>Solicitação:</b> <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Renovação			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Atestado médico, conforme Anexo II, constante na Portaria UGMT vigente, emitido no máximo a três meses (original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso mediante apresentação do original para a conferência), para pessoa com deficiência física permanente ou para pessoa com mobilidade reduzida temporária, por período de no mínimo dois meses.</li><li>- No caso de renovação, devolução do Cartão CEPCD-UGMT, sempre que possível.</li></ul>			
<input type="checkbox"/> <b>Substituição (dentro do prazo de validade):</b> <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Dano			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso.</li></ul>			
<input type="checkbox"/> <b>Cancelamento:</b>			
<ul style="list-style-type: none"><li>- Devolução do Cartão CEPCD-UGMT, sempre que possível.</li></ul>			
Observações:			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS			
Assinalar a principal condição de utilização do cartão: <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como condutor <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes como conduzido			
Indicar a quem pertence(m) o(s) veículo(s) costumeiramente utilizado(s). Preencher mais de uma opção se for o caso: <input type="checkbox"/> Pessoa com a deficiência física ou com mobilidade reduzida. <input type="checkbox"/> Familiar da pessoa com deficiência (pai, mãe, marido/mulher, companheiro, representante legal, filhos ou irmãos). <input type="checkbox"/> Familiar mais distante da pessoa com deficiência (avós, netos, primos) <input type="checkbox"/> Outros			
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 CEPCD-UGMT, em conformidade com as disposições legais vigentes.			
Jundiá, de		de	
		_____	
		Assinatura do beneficiário ou representante	