



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				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO			CIDADE	UF
CNH	VALIDADE CNH / /	PLACA		CIDADE	UF

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ)

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL				DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO			CIDADE	UF

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	PLACA DO VEÍCULO
RECEBIDO POR	DATA