

REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE VEÍCULOS DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA ISENÇÃO NA 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 os Decretos nº 55.584/18 e nº 58.604/19.

Inicial Renovação Cancelamento Substituição - Placa cadastrada: _____

REQUERENTE

NOME DA PESSOA COM DEFICIENCIA					DATA DE NASC. / /	
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL		
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE	
CEP	BAIRRO		CIDADE		UF	
PLACA DO VEICULO	CIDADE				UF	

REPRESENTANTE LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE, INCAPAZ OU PROCURADOR)

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)			NUMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE	
CEP	BAIRRO		CIDADE		UF	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Este formulário, preenchido e assinado pela pessoa com deficiência ou doença crônica da qual decorra comprometimento de mobilidade ou em tratamento debilitante de doença grave, ou pelo seu representante legal, deve ser entregue ou enviado pelo correio ao DSV - Divisão de Autorização juntamente com os documentos abaixo relacionados;
- Cópia simples de um documento de identidade oficial com foto e assinatura da pessoa com deficiência (RG, CNH ou equivalente). Quando não possuir documento de identidade, cópia simples da Certidão de Nascimento;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da pessoa com deficiência, se o número não estiver no documento de identidade;
- Cópia simples do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo - CRLV em validade;
- **Original ou cópia autenticada do Atestado Médico**, datado, emitido há, no máximo, três meses, contendo carimbo com o nome, CRM e assinatura do médico responsável, informando a(s) deficiência(s) e o(s) respectivo(s) CID(s).
- Quando for o caso, cópia simples de documento de identidade oficial com foto e assinatura (RG, CNH ou equivalente) 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 20____ 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 legal ao órgão concedente.

MOD.0-001 (21/01/19) V.04

NOME DO REQUERENTE	PLACA DO VEICULO
RECEBIDO POR	DATA