



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	
PLACA DO VEÍCULO		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)			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 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 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 legal 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 PESSOA COM DEFICIÊNCIA PARA A ISENÇÃO NA OPERAÇÃO HORÁRIO DE PICO	
NOME DO REQUERENTE		PLACA DO VEÍCULO	
RECEBIDO POR		DATA	