



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ

## SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Rua São Domingos, Nº120 D – Bairro Líder, Chapecó/SC – CEP 89.805-273

Telefone: 49 3330-8686

E-mail: [coordprotocolos@chapeco.sc.gov.br](mailto:coordprotocolos@chapeco.sc.gov.br)

### SOLICITAÇÃO DA CREDENCIAL ESTACIONAMENTO PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM DIFICULDADE DE MOBILIDADE

#### DADOS DO SOLICITANTE

NOME					
DATA DE NASCIMENTO	____/____/____	CPF	____.____.____-____	RG	
ENDEREÇO				Nº	CEP
BAIRRO				CHAPECÓ/SC	
TELEFONE			TELEFONE DE EMERGÊNCIA		

#### DADOS DO REPRESENTANTE (QUANDO FOR O CASO)

NOME					
RG		CPF	____.____.____-____	TELEFONE	

#### DOCUMENTAÇÃO

1. Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo interessado ou pelo seu representante legal;
2. Documento de identidade valido e com foto;
3. Comprovante de endereço atualizado, sendo que o interessado deverá residir no Município de Chapecó;
4. Laudo médico conforme **PORTARIA DSP Nº29, DE 01 DE SETEMBRO DE 2023 (documento 02 – via original)**

#### DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e desde já me responsabilizo pelo bom uso da credencial de estacionamento, em conformidade com as disposições legais em vigor. Estou ciente que para fazer uso da vaga especial (pessoa com deficiência) é imprescindível o uso da credencial exposto em local visível a Autoridade de Trânsito.

CHAPECÓ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA DO SOLICITANTE/REPRESENTANTE LEGAL

#### DADOS DA ENTREGA DA CREDENCIAL

DATA DE ENTREGA	RESPONSÁVEL PELA ENTREGA	ASSINATURA DO SOLICITANTE/REPRESENTANTE
____/____/____		

#### BASE LEGAL

LEI Nº 13.146, DE 06 DE OUTUBRO DE 2015;

LEI Nº 9.503, DE 23 DE SETEMBRO DE 1997;

PORTARIA DSP Nº29, DE 01 DE SETEMBRO DE 2023

RESOLUÇÃO CONTRAN Nº1012 DE 14 DE OUTUBRO DE 2024



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPECÓ**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**

Rua São Domingos, Nº120 D – Bairro Líder, Chapecó/SC – CEP 89.805-273

Telefone: 49 3330-8686

E-mail: [coordprotocolos@chapeco.sc.gov.br](mailto:coordprotocolos@chapeco.sc.gov.br)

**LAUDO PARA CONCESSÃO DE CREDENCIAL DESTINADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
COM DIFICULDADE DE MOBILIDADE**

NOME			
RG		CPF	

**DESCRIÇÃO E CID DA LESÃO QUE JUSTIFIQUE A INCAPACIDADE OU A DIFICULDADE DE MOBILIDADE**

(FAZER RELATO CLARO E SUCINTO, INFORMANDO A NATUREZA, TIPO DE LESÃO E QUADRO CLÍNICO DA DOENÇA, CITANDO A PARTE DO CORPO ATINGIDA, SISTEMAS OU APARELHOS E ESTABELECEER NEXO ENTRE A PATOLOGIA E A INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DE MOBILIDADE DO PACIENTE).


**ATENÇÃO:** Deficiência é permanente? Assinale

**SIM**, a deficiência é permanente.

**NÃO**, a deficiência é temporária, pelo prazo de: \_\_\_\_\_

A deficiência gera dificuldade de mobilidade?

**SIM**

**NÃO**

**Atesto**, para fins de concessão de credencial perante a Secretaria de Segurança Pública do Município de Chapecó/SC, que o(a) paciente acima identificado(a) **É PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE ACARRETA DIFICULDADE DE MOBILIDADE**, nos termos do art. 47 da Lei Federal nº 13.146/2015.

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO**

NOME			
CRM		ESPECIALIDADE CLÍNICA	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

Autorizo a divulgação de informações médicas a meu respeito, contidas neste laudo, para fins de obtenção de credencial para estacionamento.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO PACIENTE**