



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS IDOSAS OU COM DEFICIÊNCIA

Bom Conselho - PE, _____ de _____ de _____.

<u>PESSOAS IDOSAS</u>		<u>PESSOAS COM DEFICIÊNCIA</u>	
(<input type="checkbox"/>) AQUISIÇÃO (<input type="checkbox"/>) RENOVAÇÃO (<input type="checkbox"/>) 2ºVIA		(<input type="checkbox"/>) AQUISIÇÃO (<input type="checkbox"/>) RENOVAÇÃO (<input type="checkbox"/>) 2ºVIA	
DADOS DO BENEFICIÁRIO (PESSOA IDOSA OU COM DEFICIÊNCIA)			
Nome:		Data de Nascimento:	
CPF:		RG:	
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DO BENEFICIÁRIO (PESSOA IDOSA OU COM DEFICIÊNCIA)			
Declaro, sob as penas previstas no art. 299 do Código Penal, para fins de fazer prova junto à Autarquia Municipal de Segurança Transporte e Trânsito – AMSTTBC, no que diz respeito à emissão de Credencial de Estacionamento para Pessoas Idosas ou com Deficiência, que mantenho residência e domicílio na cidade de Bom Conselho, Estado de Pernambuco.			
Endereço atualizado:			
Complemento:		Bairro:	
CEP		Telefone/Celular:	
DADOS DO SOLICITANTE (RESPONSÁVEL)			
Nome:		Data de Nascimento:	
CPF:		RG:	

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou não relevante.
“Pena-reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.”

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/SOLICITANTE

LISTAGEM DE DOCUMENTOS ORIGINAIS E CÓPIAS:

- RG e CPF do beneficiário;
- Comprovante de endereço do beneficiário;
- RG e CPF do solicitante, quando for o caso;
- Laudo ou Atestado Médico atualizado constando a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a dificuldade de locomoção.