



VAGA	SEXO DO BENEFICIÁRIO	DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA
<input type="checkbox"/> IDOSO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	IDOSOS (IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 60 ANOS) COPIA DO CPF, RG E COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM FEIRA E PROCURAÇÃO REGISTRADA CASO SEJA NECESSÁRIA. DEFICIENTES COPIA DO CPF, RG E COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM FEIRA E LAUDO MÉDICO COM CID.
<input type="checkbox"/> DEFICIENTE	<input type="checkbox"/> FEMININO	

DADOS DO BENEFICIÁRIO				
NOME COMPLETO				
CPF	RG	ORGÃO	UF	DATA DE NASCIMENTO
PAI				
MÃE				
ENDEREÇO				
LOGRADOURO				NÚMERO
COMPLEMENTO		BAIRRO		
CIDADE FEIRA DE SANTANA		UF BA	CEP	
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	E-MAIL		
PARA PREENCHIMENTO NOS CASOS DE BENEFICIÁRIO SER DEFICIENTE FISICO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL				
NOME COMPLETO				
CPF	RG	ORGÃO	UF	PARENTESCO
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	E-MAIL		
ORIENTAÇÃO PARA INSTRUÇÃO E PROTOCOLO				
PARA TODOS OS TIPOS DE REQUERIMENTO:				
I-	CÓPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO – PODEM SER A CNH, O RG, A CTPS OU A IDENTIDADE PROFISSIONAL E PASSAPORTE			
II-	CPF -APRESENTAR CÓPIA DO CARTÃO OU FOLHA DE COMPROVAÇÃO DE CADASTRO OBTIDA NO SITE DA RECEITA FEDERAL			
III-	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - DO ULTIMO MÊS ANTERIOR AO PEDIDO DE CADASTRAMENTO EM NOME DO SOLICITANTE, CONJUGUE OU FILHOS E EM CASO DE IMÓVEL ALUGADO CÓPIA DO CONTRATO DE LOCAÇÃO OU DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO.			
IV-	ATESTADO MÉDICO -CARACTERIZANDO DEFICIÊNCIA COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO, INCLUSIVE ESPECIFICANDO O CÓDIGO INTERNACIONAL DA DOENÇA – CID CORRESPONDENTE SENDO QUE A SMT PODERÁ EXIGIR NOVO LAUDO PERICIAL OU LAUDO COMPLEMENTAR EMITIDO POR ORGÃO MUNICIPAL COMPETENTE.			
V-	IMPEDIMENTO DE COMPARECIMENTO DO INTERESSADO PESSOA IDOSA OU PESSOA COM DEFICIENCIA E DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO , O REPRESENTANTE LEGAL DEVERÁ APRESENTAR PROCURAÇÃO NO ORIGINAL OU CÓPIA DEVIDAMENTE AUTENTICADA EM CARTÓRIO ALÉM DA CÓPIA SIMPLES.			
VI-	SOLICITAÇÃO DE RENOVAÇÃO – DEVOLUÇÃO DA CREDENCIAL COM PROXIMIDADE DE VENCIMENTO APENAS NO ATO DE RECEBIMENTO DA NOVA CREDENCIAL.			
VII-	SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO – DEVOLUÇÃO DA CREDENCIAL E ESCLARECIMENTOS DO CANCELAMENTO.			

SOLICITAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO DA CREDENCIAL DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

1.	PERDA	
4.	ROUBO	
3.	FURTO	
2.	DANO	

- I- NO CASO DE ROUBO, FURTO OU PERDA REGISTRAR OCORRÊNCIA E APRESENTAR CÓPIA DO BOLETIM.
II- NO CASO DE DANO, ENTREGAR O DOCUMENTO DANIFICADO, INFORMANDO O MOTIVO DO DANO.
III- OS CUSTOS GERADOS PARA CONFEÇÃO DE OUTRAS VIAS SERÃO ARCADAS PELO SOLICITANTE.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA FINS ESTATÍSTICOS**ASSINALE A PRINCIPAL CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA CREDENCIAL**

<input type="checkbox"/>	NA MAIORIA DAS VEZES COMO CONDUTOR	
<input type="checkbox"/>	EM VEICULO PROPRIO	
<input type="checkbox"/>	NA MAIORIA DAS VEZES COMO CONDUZIDO	
<input type="checkbox"/>	EM VEICULO DA FAMILIA	
<input type="checkbox"/>	EM VEICULO DE CONHECIDO	
<input type="checkbox"/>	NA MAIORIA DAS VEZES PARA ATENDIMENTO MÉDICO DE ROTINA	
<input type="checkbox"/>	PARA OUTRAS SITUAÇÕES	ESPECIFICAR:

VENHO PELO PRESENTE SOLICITAR CREDENCIAL PARA ESTACIONAMENTO EM VAGA ESPECIAL DE VEÍCULOS, CONFORME AS LEIS FEDERAIS Nº 9.503/97, Nº 10.098/00 E Nº 10.741/03 E DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES Nº 303 E 304 DE 2008. DECLARO AINDA QUE ME RESPONSABILIZO CIVIL E CRIMINALMENTE PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE REQUERIMENTO.

FEIRA DE SANTANA- BA ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE - BENEFICIÁRIO

PARA USO EXCLUSIVO DA SMT

PARECER (APÓS ANÁLISE DO RESPONSÁVEL PELO CREDENCIAMENTO):

RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO

SITUAÇÃO

<input type="checkbox"/>	SOLICITAÇÃO DEFERIDA
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	SOLICITAÇÃO INDEFERIDA
--------------------------	------------------------

DIRETOR SUPERINTENDENTE DA SMT

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

NOME DO REQUERENTE _____ DATA ____/____/____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO _____ LOCAL _____

ENTREGA NA SEDE DA SMT EM 15 DIAS ÚTEIS TEL: 3623-3580