

Data de Emissão: ____/____/____

FICHA CADASTRAL – DEFICIENTE FÍSICO
NÚMERO DE REGISTRO: ____ / ____ .

BENEFICIÁRIO

Nome: _____ Nasc. ____/____/____
RG: _____ CPF: _____ End.: _____ n° ____
Bairro: _____ Município: _____ Telefone: _____ - ____
Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____
Especialidade: _____

CONDUTOR DO VEÍCULO

Nome: _____ Nasc. ____/____/____
RG: _____ CPF: _____ CNH n°: _____
Endereço: _____ n° ____
Bairro: _____ Município: _____ Telefone: _____ - ____

Declaro para os devidos fins que retirei junto a Diretoria de Trânsito na data de hoje um cartão de estacionamento em vaga especial e me encontro ciente das regras de utilização do mesmo;

Sem mais;

Beneficiário

Condutor