PREFEITURA MUNICIPAL DE TABOÃO DA SERRA

Secretaria Municipal de Transportes e Mobilidade Urbana

SOLICITAÇÃO DE CARTÃO DE ACESSIBILIDADE

SOLICITANTE		
Nome:		
CPF:	**RG:**	**Celular / Tel:**
End:	**Nº:**	**Compl.:**
Bairro:	**Cidade:**	**Cep:**
E-mail:		

BENEFICIÁRIO		
Nome:		
CPF:	**RG:**	**Data de Expd.: ___/___/_____**
End:	**Nº:**	**Compl.:**
Bairro:	**Cidade: Taboão da Serra**	**Cep:**
Data de Nasc.:_____/_____/_____	**Sexo: ( ) Fem ( ) Masc**	**Celular / Tel:**

☐ **Inicial** **Processo: _____/_____**

☐ **Renovação** **(devolver o cartão anterior)**

☐ **Substituição** **Perda ( ) Furto ( ) Roubo ( ) Dano ( )**

☐ **Cancelamento** **(devolver o cartão anterior)**

☐ **Outros**

Obs: _____

_____

Tipo de cartão:

☐ **Idoso**

☐ **Gestante**

☐ **Pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção**

Declaro sob pena de falsidade ideológica conforme dispõe o artigo 299 do Código Penal, serem verdadeiras as informações por mim prestadas, e me responsabilizo por utilizar o Cartão Acessibilidade de acordo com sua finalidade e em conformidade com as disposições legais vigentes.

Taboão da Serra, _____de_____de_____

_____

Requerente