



CPTRANS COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES

Protocolo nº

Portador de Deficiência

Idoso

Dados do Requerente

Nome

Identidade Orgão Expedidor

Endereço

Bairro Município

Telefone Cep

CPF UF

Placa do Veículo E-mail

Documentação exigida - Lei municipal 5.969/2003

- Documento de identificação (Original e Cópia)
 - CPF (Original e Cópia)
 - Laudo médico atestando o tipo e grau de deficiência, assinado por profissional credenciado em unidade de saúde pública (Exigência específica para pessoa portadora de deficiência)
 - Comprovante de endereço do requerente (Original e Cópia)
 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação do requerente (Original e Cópia)
- Obs: Se passageiro, além dos documentos acima citados, relacionados ao beneficiário, a CNH do condutor
- Documento do veículo (Original e Cópia)

Ass: _____

(Igual a Doc Apresentado)

CPTRANS COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES Portador de Deficiência Idoso

Nome: _____

Data: _____ Protocolo Nº: _____

Rua Alberto Torres, 115 - Petrópolis - RJ - CEP 25610-060 - Tele/Fax: (24) 2237-1703 - Reclamações: 156 - www.cptrans.com.br



CPTRANS COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES

Protocolo nº

Portador de Deficiência

Idoso

Dados do Requerente

Nome

Identidade Orgão Expedidor

Endereço

Bairro Município

Telefone Cep

CPF UF

Placa do Veículo E-mail

Documentação exigida - Lei municipal 5.969/2003

- Documento de identificação (Original e Cópia)
 - CPF (Original e Cópia)
 - Laudo médico atestando o tipo e grau de deficiência, assinado por profissional credenciado em unidade de saúde pública (Exigência específica para pessoa portadora de deficiência)
 - Comprovante de endereço do requerente (Original e Cópia)
 - CNH - Carteira Nacional de Habilitação do requerente (Original e Cópia)
- Obs: Se passageiro, além dos documentos acima citados, relacionados ao beneficiário, a CNH do condutor
- Documento do veículo (Original e Cópia)

Ass: _____

(Igual a Doc Apresentado)

CPTRANS COMPANHIA PETROPOLITANA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES Portador de Deficiência Idoso

Nome: _____

Data: _____ Protocolo Nº: _____

Rua Alberto Torres, 115 - Petrópolis - RJ - CEP 25610-060 - Tele/Fax: (24) 2237-1703 - Reclamações: 156 - www.cptrans.com.br