



**Prefeitura Municipal de Ferraz de Vasconcelos**  
**Secretaria Municipal de Transportes e Mobilidade Urbana**



**CADASTRO DE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

FOTO



Preenchimento da Secretaria  
**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO - Nº REGISTRO:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** ( ) F ( ) M

**FILIAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**Nº:** \_\_\_\_\_ **COMPLEMENTO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SECRETÁRIO

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA O CADASTRO**

- CÓPIA DO RG
- CÓPIA DO CPF
- CÓPIA COMPROVANTE DE ENDEREÇO
- 02 FOTOS 3X4
- LAUDO MÉDICO ATUALIZADO