



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



CADASTRO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PcD

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 (atualizado)
- LAUDO MÉDICO (máximo 6 meses)

Obs.: se menor e não possuir o RG trazer documentos do responsável

RECEBIDO POR:

ASSINATURA DO SERVIDOR