



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO DISTRITO FEDERAL  
DIRETORIA DE CONTROLE DE VEÍCULOS E CONDUTORES  
GERÊNCIA DE SAÚDE  
NÚCLEO DE MEDICINA DE TRÂNSITO  
SIA Sul Trecho 1 Lote 905 - Brasília/DF – 71200-010 Fone: 3905-5984



[www.detran.df.gov.br](http://www.detran.df.gov.br)

[numed@detran.df.gov.br](mailto:numed@detran.df.gov.br)

## REQUERIMENTO DE CREDENCIAL PARA AUTISTA LEI DISTRITAL 4.568/2011 E IS 529/2012-DETRAN-DF

NOME da pessoa com deficiência \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Certidão Nascimento Cartorio N° \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_ Pagina \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

**Ilmo. Sr.**

**Chefe do Núcleo Médico do Detran/DF,**

Eu (responsável legal), \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ Telefones \_\_\_\_\_

Residência/domicílio \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Para tanto, anexo a seguinte documentação: (original e cópia)

( X ) RG do requerente

( X ) RG ou certidão de nascimento do deficiente

( X ) CPF do deficiente

( X ) exames médicos atualizados

**DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO EXPRESSAM A VERDADE E, AINDA, ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E QUE A CREDENCIAL TEM VALIDADE SOMENTE NO DISTRITO FEDERAL.**

Atenciosamente,

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável legal

**Parecer do NUMED:**

( ) Indeferido, MOTIVO \_\_\_\_\_

( ) Pendente, aguardando \_\_\_\_\_

( ) Cadastrar e emitir credencial

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico perito examinador

**RECEBI A CREDENCIAL DE ESTACIONAMENTO E ESTOU CIENTE DAS REGRAS DE SUA UTILIZAÇÃO.**

EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_