



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 TRANSPORTADO

de acordo com a Resolução 304/08-CONTRAN e Instrução 184/09-DETRAN-DF

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

Endereço \_\_\_\_\_

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

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

**Já possuiu Carteira Nacional de Habilitação?** ( ) Sim ( ) Não **REGISTRO** \_\_\_\_\_

**Deseja voltar a conduzir veículos automotores?** ( ) Sim ( ) Não

**Ilmo. Sr.**

**Chefe do Núcleo de Medicina de Trânsito do Detran/DF,**

Eu (deficiente ou responsável legal), \_\_\_\_\_

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

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

CEP \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Solicito:** ( ) 1ª Solicitação ( ) TROCA de adesivo/credencial de estacionamento.

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/relatório médico

( X )Adesivo/credencial anterior, no caso de troca

**DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO EXPRESSAM A VERDADE E, AINDA , ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E QUE, EM CASO DE INAPTIDÃO NO EXAME DE APTIDÃO FÍSICA E MENTAL, A CNH SERÁ RETIDA NO ATO DO EXAME ATÉ QUE SEJAM REALIZADOS TODOS OS PROCEDIMENTOS.**

Atenciosamente,

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do deficiente ou responsável legal

**Parecer do NUMED:**

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

( ) Abrir renach para realização de avaliação médica

( ) Agendar JME na(s) especialidade(s) \_\_\_\_\_.

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

( ) Inapto para conduzir veículos convencionais

( ) 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:** \_\_\_\_\_