

OS DADOS RECOLHIDOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO E PROCESSADOS AUTOMATICAMENTE DESTINANDO-SE A PROSECUCÃO DAS ATRIBUICÖES LEGALMENTE COMETIDAS A INSTITUTO DA MOBILIDADE E DOS TRANSPORTES, I.P., OS/AS INTERESSADOS/AS TEM ACESSO A INFORMACÃO QUE LHEIS DICA RESPEITO NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE TRÂNSITO

PRETENSÃO

Assinale com um X a opção pretendida

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TRANSPORTE EXCECIONAL (OBJETOS INDIVISÍVEIS)
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Ocasional (a) <input type="checkbox"/> Curta duração (a) <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO EXCECIONAL COM PESO OU DIMENSÕES SUPERIORES AOS REGULAMENTARES
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Ocasional (a) <input type="checkbox"/> Outra |
| <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO DE MÁQUINA AUTOMOTRIZ (b)
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Ocasional (a) <input type="checkbox"/> Outra | <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO EXCECIONAL DE VEÍCULO COM MERCADORIAS PERIGOSAS |
| <input type="checkbox"/> CIRCULAÇÃO DE PRONTO-SOCORRO
<input type="checkbox"/> Transportar <input type="checkbox"/> Rebocar | <input type="checkbox"/> OUTRA _____
(a) Ver anexo I (b) Ver anexo II |

DESPACHO

ÁREA RESERVADA AOS SERVIÇOS

DATA: _____ ano _____ mês _____ dia _____ (RUBRICA)

IDENTIFICAÇÃO DO/DA REQUERENTE

Preencher com letras MAIÚSCULAS

NOME | _____ |
 MORADA | _____ |
 LOCALIDADE | _____ | CÓDIGO POSTAL | _____ |
 NIF | _____ | TELEFONE | _____ |
 FAX | _____ | TELEMÓVEL | _____ | E-MAIL | _____ |

TRANSPORTE EXCECIONAL (OBJETOS INDIVISÍVEIS)

Designação do(s) objeto(s) _____

Comprimento (c) _____ mm Largura (c) _____ mm Altura (c) _____ mm

Itinerário (origem/destino) (c) _____

Dimensões do veículo com carga:

Matrícula (d) _____ Comprimento _____ mm Largura _____ mm Altura _____ mm

(c) Não aplicável a autorização anual

(d) No caso de conjunto(s) indicar apenas uma matrícula

CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO EXCECIONAL, MÁQUINA AUTOMOTRIZ, PRONTO-SOCORRO OU OUTRA

Assinale com um X a opção pretendida

- | | | | |
|---|---|------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VEÍCULO EXCECIONAL | Matrícula (d) _____ | Nº de quadro (e) _____ | Marca (e) _____ |
| <input type="checkbox"/> MÁQUINA AUTOMOTRIZ | Modelo (e) _____ | Tipo (e) _____ | |
| <input type="checkbox"/> PRONTO-SOCORRO | Itinerário (origem/destino) (c) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> OUTRA | Dimensões totais, tara e outro | | |
| | Comprimento _____ mm | Largura _____ mm | Altura _____ mm Tara _____ kg |
| | Peso Bruto /Peso Bruto rebocável (f) _____ kg | | |

(d) No caso de conjunto(s) indicar apenas uma matrícula

(c) não aplicável a autorização anual

(e) preencher só para máquina auto-motriz ou rebocável, não matriculada

(f) só aplicável a pronto-socorro

CIRCULAÇÃO EXCECIONAL DE VEÍCULO COM MERCADORIAS PERIGOSAS

Vias e períodos de tempo a utilizar _____ Matrícula: _____

Mercadorias perigosas a transportar (designação oficial de transporte) _____

Classe(s) ADR _____ N.º (s) ONU _____

DATA | _____ | _____ | _____ |
(ANO) (MÉS) (DIA)

ASSINATURA _____

(CONFORME DOCUMENTO LEGAL DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL)