



**PODER EXECUTIVO
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VILHENA
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES
E TRÂNSITO (SEMTRAN)**

REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PIT STOP

FORMULÁRIO - AÇÃO EDUCATIVA/ORIENTATIVA/OPERACIONAL

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Transportes e Trânsito de Vilhena.

Venho, por meio deste, **requerer autorização** para realização de **Pit Stop** (ação de abordagem orientativa/educativa e/ou operacional), em local e datas abaixo descritos.

DADOS DO REQUERENTE:

Razão Social (Pessoa Jurídica) / Órgão/Entidade: _____

CNPJ (14 dígitos), se houver: _____

Responsável (Pessoa Física): _____

CPF (11 dígitos): _____

RG: _____ **Órgão Emissor:** _____ **UF:** _____

Rua/Av.: _____ **Nº:** _____

Complemento: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone: _____ **Celular:** _____

E-mail: _____

DADOS DA AÇÃO (PIT STOP)

Nome/Tema da Ação: _____

Objetivo da Ação: _____

☐ Educativa ☐ Orientativa ☐ Operacional ☐ Integrada ☐ Outra: _____

Local da Ação: _____

Rua/Av.: _____ **Nº:** _____

Bairro: _____

Ponto de Referência: _____

Entre a Rua/Av.: _____ **e a Rua/Av.:** _____

Público-alvo predominante:

☐ Motociclistas ☐ Condutores em geral ☐ Pedestres ☐ Ciclistas ☐ Escolares ☐ Outro: _____

Atividades a serem desenvolvidas (descrever):

OCUPAÇÃO DO LOCAL / INTERFERÊNCIA NO TRÁFEGO

A ação ocorrerá em: ☐ Calçada ☐ Pista ☐ Canteiro Central ☐ Acostamento/Ilha ☐ Área interna/privada

Necessita interdição de via? ☐ NÃO ☐ SIM – ☐ Total ☐ Parcial

Haverá uso de cones/canalização de fluxo? ☐ SIM ☐ NÃO

Haverá fila/retenção de veículos? ☐ SIM ☐ NÃO

Existe moradores no trecho/entorno imediato? ☐ SIM ☐ NÃO

O local é itinerário de ônibus? ☐ SIM ☐ NÃO

Haverá necessidade de travessia/controlado de pedestres? ☐ SIM ☐ NÃO

DATA(S) E HORÁRIO(S) DA AÇÃO

1. **Data de Início:** / / _____ **Data de Término:** / / _____

Horário Início: : **Horário Término:** :



**PODER EXECUTIVO
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VILHENA
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES
E TRÂNSITO (SEMTRAN)**

2. Data de Início: / / _____ Data de Término: / / _____
Horário Início: : Horário Término: :
3. Data de Início: / / _____ Data de Término: / / _____
Horário Início : : Horário Término: :

EQUIPE ENVOLVIDA / APOIO NECESSÁRIO

Responsável pela coordenação no local: _____

Contato do responsável (telefone): _____

Quantidade estimada de integrantes: _____

Órgãos/Instituições participantes (se houver): _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Haverá distribuição de material (panfletos, brindes, etc.)? () SIM () NÃO

Haverá montagem de estrutura (tenda, mesa, som, etc.)? () SIM () NÃO

Se SIM, descreva a estrutura e dimensões aproximadas: _____

Haverá captação de imagens/filmagens no local? () SIM () NÃO

OBSERVAÇÕES

1. Após devidamente preenchido, este requerimento deverá ser protocolizado no Setor de Protocolo da Semtran ou enviado via e-mail, **no prazo mínimo de 10 (dez) dias úteis** de antecedência da data pretendida.
2. Durante a fase de análise técnica, a Semtran poderá solicitar **croqui específico** do local/ocupação e ajustes operacionais para segurança viária.
3. O local deverá ser sinalizado pelo responsável pela ação, com dispositivos de sinalização temporária em conformidade com o **Anexo II do CTB** e o **Manual Brasileiro de Sinalização de Trânsito - Volume VII (Sinalização Temporária)**.

CROQUI (MAPA DO LOCAL)

() Anexado () Não se aplica () Será apresentado se solicitado pela Semtran

Eu, _____, responsável pela solicitação, declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade por qualquer divergência constatada, bem como pela organização e sinalização temporária necessária à segurança dos usuários da via durante a ação.

Vilhena, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Responsável