



SECRETARIA DE LOGÍSTICA E TRANSPORTES  
DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
SUPERINTENDÊNCIA  
ANEXO I



SECRETARIA DE LOGÍSTICA E TRANSPORTES  
DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL Nº \_\_\_\_\_

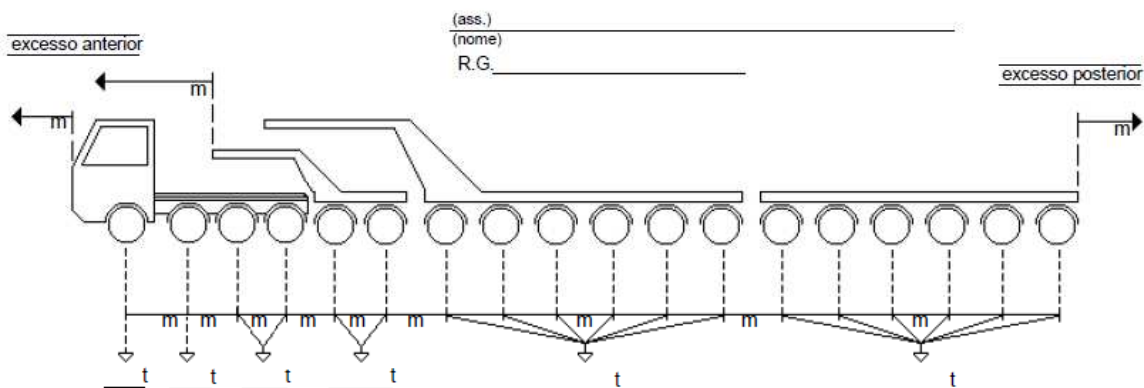
Ilmo. Sr. Superintendente do Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de São Paulo,

\_\_\_\_\_  
(nome) (CIC ou CGC)  
Endereço \_\_\_\_\_ (rua e número) \_\_\_\_\_ (cidade) \_\_\_\_\_ (UF)  
requer a V. Sa. Autorização Especial para transporte de carga excepcional, constituída de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, com peso e dimensões abaixo discriminados,  
pertencente a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (cidade)  
a \_\_\_\_\_ (cidade), pelas Rodovias SP - \_\_\_\_\_

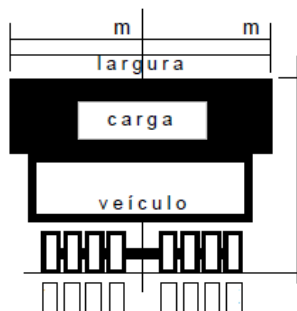
nos termos da legislação de trânsito vigente.

Declara (mos) estar ciente (s) que a concessão desta Autorização não exime o beneficiário quanto a eventuais danos que o veículo vier causar à via pública.

São Paulo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_  
local data



|                           |          |
|---------------------------|----------|
| <b>TRANSPORTADOR</b>      |          |
| Nome _____                |          |
| End. _____                |          |
| Município _____           | UF _____ |
| <b>UNIDADE TRATORA</b>    |          |
| Marca _____               |          |
| Modelo _____              |          |
| Placa _____               |          |
| Município _____           | UF _____ |
| <b>UNIDADE TRACIONADA</b> |          |
| Marca _____               |          |
| Modelo _____              |          |
| Placa _____               |          |
| Município _____           | UF _____ |



|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>DADOS DO VEÍCULO E CARGA:</b> |   |
| <b>PESO</b>                      |   |
| TARA _____                       | t |
| CARGA ÚTIL _____                 | t |
| TOTAL BRUTO _____                | t |
| <b>DIMENSÕES</b>                 |   |
| COMP. TOTAL _____                | m |
| LARG. TOTAL _____                | m |
| ALT. TOTAL _____                 | m |

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| <b>CONFERE</b>                           |  |
| DER/COP. _____ / _____ / _____           |  |
| Autos nº _____ / DER / _____ Prov. _____ |  |
| ESTA AUTORIZAÇÃO NÃO CONTÉM RASURA       |  |
| DER-709                                  |  |

|                                                          |                                           |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>AUTORIZO</b>                                          |                                           |
| uma viagem <input type="checkbox"/>                      | diversas viagens <input type="checkbox"/> |
| período de _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____ |                                           |
| horário: 06h às 18h <input type="checkbox"/>             | sem restrição <input type="checkbox"/>    |
| <b>ESCOLTA:</b>                                          |                                           |
| pista simples                                            | pista dupla                               |
| CPRv <input type="checkbox"/> (_____)                    | <input type="checkbox"/> (_____)          |
| Credenciada <input type="checkbox"/> (_____)             | <input type="checkbox"/> (_____)          |
| Dispensada <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                  |
| DER / COP. _____ de _____ de _____                       |                                           |