

CARTÃO DE ESTACIONAMENTO

SOLICITAÇÃO (1ª VIA)

Para solicitação do cartão de Estacionamento para Pessoas com Deficiência é necessário a apresentação das seguintes documentações:

- Requerimento (arquivo para download abaixo)
- Comprovante de residência (cópia)
- Carteira de Identidade (cópia)
- C.P.F. (cópia)
- Atestado Médico em formulário padrão, conforme modelo do Anexo III (arquivo para download abaixo) constando o tipo e o grau de deficiência (lesão permanente), com CID10 que justifique a incapacidade de DEAMBULAÇÃO/ LOCOMOÇÃO, assinado e emitido recentemente por profissional registrado no Conselho Regional de Medicina.
- Esclarecemos, que no caso de menor de 18 anos deverão ser apresentados documentos dos pais ou responsável.

OBSERVAÇÕES:

- A pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA) terá direito ao cartão de estacionamento para pessoas com deficiência – Lei 12.764/2008.
- Na análise do processo administrativo poderão ser solicitados informações, esclarecimentos e documentos complementares. O processo também poderá ser submetido a parecer técnico e, ainda, avaliação presencial.
- O requerente poderá anexar documentos complementares (laudos, atestados, etc) não excluindo a obrigatoriedade da apresentação do atestado médico original (anexo III).

VALIDADE:

5 anos

RENOVAÇÃO:

Para solicitação de Renovação do cartão de Estacionamento para Pessoas com Deficiência é necessário a apresentação das seguintes documentações:

- Requerimento, informando o número do Processo (arquivo para download abaixo);
- Atestado Médico em formulário padrão, conforme modelo do Anexo III (arquivo para download abaixo) constando o tipo e o grau de deficiência

(lesão permanente), com CID10 que justifique a incapacidade de DEAMBULAÇÃO/ LOCOMOÇÃO, assinado e emitido recentemente por profissional registrado no Conselho Regional de Medicina.

- Cópia de comprovante de residência;
- Cópia Carteira de Identidade,
- Cópia do CPF.
- Esclarecemos, que no caso de menor de 18 anos deverão ser apresentados documentos dos pais ou responsável.

SOLICITAÇÃO (2ª VIA)

Para solicitação de 2ª Via (Perda ou Roubo) de cartão de Estacionamento para pessoas com deficiência é necessário a apresentação das seguintes documentações:

- Requerimento, informando o número do Processo (arquivo para download abaixo);
- Comprovante de residência (cópia)
- Carteira de Identidade (cópia)
- C.P.F. (cópia)
- Atestado Médico em formulário padrão, conforme modelo do Anexo III (arquivo para download abaixo) constando o tipo e o grau de deficiência (lesão permanente), com CID10 que justifique a incapacidade de DEAMBULAÇÃO/ LOCOMOÇÃO, assinado e emitido recentemente por profissional registrado no Conselho Regional de Medicina.
- Registro de Ocorrência em delegacia (para caso de roubo) ou declaração de extravio (para casos de perda).

Secretaria Municipal de Transportes – SMTR -
Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333

Requerimento de Autorização Especial de Estacionamento para Portadores de Necessidades Especiais

Ilmo Senhor Coordenador de Regulamentação e Infrações Viárias da SMTR

Eu,.....
portador(a) do RG nº, expedida pelo Órgão....., CPF
nº, residente à,
Bairro....., Cidade, Cep.....,
Telefone(s)....., Profissão Endereço eletrônico (e-
mail)....., representado por,
conforme estabelecido na Lei nº 2328 de 18/05/1995 e Resolução SMTR nº 1712 de 11/10/2007, venho por
meio deste solicitar :

- Autorização Especial de Estacionamento para Portadores de Necessidades Especiais.
 Renovação de Autorização Especial de Estacionamento para Portadores de Necessidades Especiais.

Nº da Autorização : _____ Processo nº : ____/____/____

Outros: _____

Desejo retirar a Autorização Especial de Estacionamento no local abaixo assinalado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SMTR– Rua Dona Mariana, 48 - Térreo - Botafogo | <input type="checkbox"/> CRT / AP 3.2 – Rua Orçadas,435 -I. Governador |
| <input type="checkbox"/> CRT / AP 1 – Rua do Riachuelo, 257 – Centro | <input type="checkbox"/> CRT / AP 3.3 – Av. Monsenhor Feliz, 512 - Irajá |
| <input type="checkbox"/> CRT / AP 3.1 – Rua Vinte e Quatro de Maio, 931 Fds. Eng. Novo | <input type="checkbox"/> CRT / AP 4 – Praça Barão da Taquara, 09 – Praça seca |
| <input type="checkbox"/> CRT / AP 5.1 – Rua Silva Cardoso, 349 - Bangu | |

Documentação:

- Cópia - Comprovante de Residência
 Cópia – Carteira de Identidade
 Cópia – CPF
 Original do atestado médico constando o tipo e grau de deficiência, assinado por profissional registrado no CRM
 Outros: _____

Nestes termos
Pede Deferimento

Rio de Janeiro,de de

.....
Assinatura do requerente

ANEXO III (RES. SMTR N° 2.466/2014)



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES – SMTR
COORDENADORIA DE REGULAMENTAÇÃO E INFRAÇÕES VIÁRIAS – CRV
(WWW.RIO.RJ.GOV.BR/WEB/SMTR - CENTRAL DE ATENDIMENTO 1746)

Atestado Médico

O presente somente terá validade para a finalidade de concessão do cartão de Autorização Especial de Estacionamento para pessoas com deficiência, nas vagas reservadas aos veículos com pessoas com deficiência, devidamente sinalizadas, conforme Lei Federal nº 9.503 (C.T.B), Lei Municipal nº 2328/1995 e Resolução SMTR nº 2.466/2014.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (PESSOA COM DEFICIÊNCIA)

NOME				DATA DE NASCIMENTO			
SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	RG	UF/RG	CPF	TELEFONE			
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO	CEP		
BAIRRO	CIDADE		UF	E-MAIL			

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DO ATENDIMENTO	TELEFONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

TIPO DE DEFICIÊNCIA	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID - 10
Deficiência FÍSICA <input type="checkbox"/> Deficiência VISUAL <input type="checkbox"/> Deficiência MENTAL <input type="checkbox"/>	(listar todos os códigos necessários)
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a incapacidade ou dificuldade de deambular (<u>comprometimento físico de locomoção</u>)	
Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma clara com letra de forma ou datilografados; O CRV se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente e do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial.	

O presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas aqui prestadas.

Rio de Janeiro, de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário ou Representante legal

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico