

**ANEXO III (RES. SMTR Nº 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](http://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 (comprometimento físico de locomoção)**

**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