

ATENÇÃO

SICOPAR CÓD. 63018

Secretaria Municipal de Transportes – SMTR

Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria: Disque 1746

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smtr> -

**Requerimento de Cartão Especial de Estacionamento para Pessoa com deficiência com dificuldade de locomoção.**

Ilmo Senhor (a) Coordenador (a) 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 2.466 de 20/03/2014, alterada pela Resolução SMTR nº 2.688 de 19/04/2016, venho por meio deste solicitar **Cartão de Estacionamento para Pessoa com Deficiência com dificuldade de locomoção de Âmbito Nacional.**

**SOLICITAÇÃO:**

**[ ] Inicial [ ] Renovação processo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ] Substituição (perda, roubo, furto, dano) processo nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**[ ]** **Cancelamento processo nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (devolver o cartão sempre que possível)

Desejo retirar o Cartão Especial de Estacionamento no local abaixo **assinalado**:

[ ] GDA / AP 1 – Rua do Riachuelo, 257 – Centro [ ] GDA / AP 3.3 – Av. Monsenhor Feliz, 512 - Irajá

[ ] GDA / AP 2.1 – Rua Bartolomeu Mitre,1297 – Leblon [ ] GDA / AP 4 – Praça Barão da Taquara, 9 – Praça Seca

[ ] GDA / AP 3.1 – Rua Vinte e Quatro de Maio, 931 Fds. Eng. Novo [ ] GDA / AP 5.1 – Rua Silva Cardoso, 349 - Bangu

[ ] GDA / AP 3.2 – Rua Orçadas,435 - I. Governador [ ] GDA / AP 5.2 – Rua D. Pedrito, 01 - C. Grande

Documentos necessários:

Cópia - Comprovante de Residência;

Cópia – Carteira de Identidade;

Cópia – CPF;

Atestado Médico original no formulário padrão (obrigatório) constando o tipo e o grau de deficiência (lesão permanente), com CID10 que justifique a incapacidade de **DEAMBULAR** / **LOCOMOÇÃO**, assinado e emitido recentemente por profissional registrado no Conselho Regional de Medicina. – CRM;

Outros documentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) O Requerente poderá anexar documentos complementares (laudos, atestados, etc.) não excluindo a **obrigatoriedade** de apresentação do **formulário padrão.**

 Rio de Janeiro, ...........de ..................................... de ...........

 ..........................................................................................

 Assinatura do requerente ou representante legal