**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%20/) - 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 MASC FEMecretaria Municipal de Transportes – SMTR - Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333 ecretaria Municipal de Transportes – SMTR - Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333  | 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 FÍSICASecretaria Municipal de Transportes – SMTR - Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333 Deficiência VISUALSecretaria Municipal de Transportes – SMTR - Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333 Deficiência MENTALSecretaria Municipal de Transportes – SMTR - Rua Dona Mariana, 48 – 7º andar - Botafogo - Ouvidoria : Tel.: 2286-8010Site: <http://www.rio.rj.gov.br/smtr> - Dique Processo: 2503-3333  | (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 |