



**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES – SMTR**

Rua Ulisses Guimarães, 16 – 3º andar – Cidade Nova – **Ouvidoria: Disque 1746**  
Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smtr>

**REQUERIMENTO**

**CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD) 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)....., Endereço eletrônico (e-mail)....., representado por....., conforme estabelecido na Lei nº 2.328, de 18/05/1995, e Resolução SMTR nº 2.466, de 20/03/2014, alterada pela Resolução SMTR nº 2.668, 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 (1ª Via)**  
 **Renovação:** processo nº \_\_\_\_\_  
 **Substituição (perda, roubo, furto, dano):** processo nº \_\_\_\_\_  
 **Cancelamento:** processo nº \_\_\_\_\_ (**IMPORTANTE:** devolver o cartão sempre que possível)

**RETIRADA:** desejo retirar o cartão de estacionamento no posto da SMTR assinalado:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rua Dom Marcos Barbosa, nº 2, Loja C – Cidade Nova | <input type="checkbox"/> Av. Monsenhor Feliz, 512 – Irajá            |
| <input type="checkbox"/> Rua do Riachuelo, 257 – Centro                     | <input type="checkbox"/> Praça Barão da Taquara, 9 – Praça Seca      |
| <input type="checkbox"/> Rua Vinte e Quatro de Maio, 931 Fds – Engenho Novo | <input type="checkbox"/> Rua Fonseca, 240 – 2º Piso – Shopping Bangu |
| <input type="checkbox"/> Rua Orçadas, 435 – Ilha do Governador              |  |

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- 1 - Cópia do comprovante de residência;
- 2 - Cópia do documento de identificação;
- 3 - Cópia do CPF;
- 4 - 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;
- 5 - Outros documentos:

OBS: 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