RESOLUÇÃO SMTR Nº 2.668 **DE 19 DE abril DE 2016.**

ALTERA A RESOLUÇÃO SMTR Nº 2.466 DE 20 DE MARÇO DE 2014 QUE REGULAMENTA O CARTÃO DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA FORMA QUE MENCIONA.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE TRANSPORTES no uso de suas atribuições legais, e,

CONSIDERANDO o contante no processo nº 03/001.286/2016;

CONSIDERANDO o contido no Art 47 da Lei 13.146 de 06 de julho de 2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência;

R E S O L V E:

Art. 1º - O inciso II do Artigo 5º da Resolução SMTR nº 2.466 de 20 de março de 2014, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 5º .....

II - Atestado Médico em formulário padrão, conforme modelo do ANEXO III, 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 – CRM.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Publicado
D O Rio de 20/04/2016

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 - 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 ☐ 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 ☐ Deficiência VISUAL ☐ Deficiência MENTAL ☐	(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