



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPIRACA
SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE TRANSPORTE E TRÂNSITO –SMTT
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE TRÁFEGO - DETRA



ANEXO I - REQUERIMENTO PARA CARTÃO DEFIS – SMTT

Ilmo. Sr. Superintendente Municipal de Transporte e Trânsito – SMTT

Solicito a Vossa Senhoria autorização especial, por meio do Cartão DeFis – SMTT, para estacionamento em vagas sinalizadas com Símbolo Internacional de Acesso destinado às pessoas com deficiência com mobilidade reduzida, conforme preveem a Lei 13146/2015, Resolução 304/2008 e Portaria n.º 021/2018 da SMTT

REQUERIMENTO

NOME DO REQUERENTE				DATA DE NASCIMENTO / /	
SEXO () MASC () FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO			CIDADE ARAPIRACA	UF AL

REQUERIMENTO LEGAL (QUANDO MENOR DE IDADE OU INCAPAZ)

Para todos os tipos de requerimento:

- Cópia simples da carteira de identidade ou de documento equivalente da pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida;
- Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física – CPF da pessoa com deficiência física com mobilidade reduzida;
- Cópia simples do comprovante de residência atual na Cidade de Arapiraca (água, luz, telefone ou contrato de locação residencial registrado em cartório – últimos três meses), em nome da pessoa com deficiência física com mobilidade reduzida;
- Quando for o caso, cópia simples da carteira de identidade ou de documento equivalente e CPF do responsável legal da pessoa com deficiência física com mobilidade reduzida e cópia simples do documento comprovando que a pessoa é representante legal (procuração, tutela ou curatela).

Solicitação:

() Inicial () Renovação

- **Atestado Médico** original ou cópia autenticada ou ainda cópia simples, neste caso, mediante a apresentação do original para conferência, da pessoa com deficiência com mobilidade reduzida e de Deficiência com mobilidade reduzida temporária por período de no mínimo 2 (dois) meses, conforme Anexo II, constante da Portaria DSV.GAV vigente, **emitido por médico especialista na área da deficiência credenciado pela Rede do SUS do Domicílio de residência;**

() **Substituição (dentro do prazo de validade):**

() Perda () Furto () Roubo () Dano () Cartão Nacional

- Cópia do Boletim de Ocorrência, quando for o caso;
- Em caso de dano ou troca pelo Cartão Nacional, devolver o cartão antigo.

() **Cancelamento**

- Devolução do cartão DeFis-SMTT, sempre que possível.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são expressão da verdade e estão em conformidade com as disposições legais vigentes.

Arapiraca, de _____ de 201__ Assinatura da Pessoa com Deficiência ou seu Responsável Legal

REQUERIMENTO PARA CARTÃO DEFIS – SMTT

NOME DO REQUERENTE	
RECEBIDO POR	DATA:



ANEXO II - Atestado Médico

FINALIDADE

Para fins de Autorização Especial por meio do Cartão DeFis-SMTT para o estacionamento em vagas especiais devidamente sinalizadas com Símbolo Internacional de Acesso nas vias e logradouros públicos, de veículos utilizado por pessoa com deficiência física, com dificuldade ambulatoria no(s) membro(s) inferior(es), Ou seja, pessoas que, devido a sua deficiência física nas pernas e/ou pés, têm dificuldades para caminhar que a obrigue, ou não, a utilizar, temporária ou permanentemente, cadeira de rodas, aparelhagem ortopédica ou prótese, ou pessoa com deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental ou ainda pessoa que se encontre temporariamente com mobilidade reduzida com alto grau de comprometimento ambulatorio.

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

NOME DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA				DATA DE NASCIMENTO / /	
SEXO () MASC () FEM	RG	UF/RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV. ETC)			NÚMERO	COMPLEMENTO	TELEFONE
CEP	BAIRRO			CIDADE ARAPIRACA	UF AL

IDENTIFICAÇÃO MÉDICA

NOME DO MÉDICO	REGISTRO PROFISSIONAL (CRM)
LOCAL DE ATENDIMENTO	FONE

INFORMAÇÕES MÉDICAS

DEFICIÊNCIA PERMANENTE () Sim () Não	MOBILIDADE REDUZIDA TEMPORARIAMENTE () Sim () Não (Com alto grau de comprometimento ambulatorio)
1. Utiliza cadeira de rodas. () Sim () Não	1. Utiliza cadeira de rodas. () Sim () Não
2. Utiliza aparelhagem ortopédica ou prótese. () Sim () Não	2. Utiliza aparelhagem ortopédica ou prótese. () Sim () Não
3. Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental. () Sim () Não	3. Deficiência ambulatoria autônoma, decorrente de incapacidade mental. () Sim () Não
4. Possuir efetiva redução na mobilidade para se locomover () Sim () Não	4. Possuir efetiva redução temporária na mobilidade.. () Sim () Não

Período previsto da restrição médica:
____/____/____ a ____/____/____ (mínimo de 2 meses)

Descrição, natureza e CID da lesão que justifique a incapacidade e dificuldade de locomoção de acordo com a Lei 10098/2000 e resolução 304/2008.

O médico deverá descrever abaixo além do CID se o paciente tem dificuldade de locomoção:

Descrição do Médico:

Observações:

Descrição e natureza da lesão: fazer relatório claro e sucinto, informando a natureza, tipo de lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos e estabelecer nexos entre a patologia e a incapacidade ou dificuldade de deambular do solicitante. Os campos deverão ser preenchidos com letras de forma ou datilografados.

Nos casos de mobilidade reduzida temporária, a SMTT emitirá autorização com validade no mínimo de 2 (dois) meses e no máximo de 1 (um) ano, havendo necessidade de dilatação de prazo, haverá necessidade de nova solicitação.

A SMTT se reserva o direito de solicitar esclarecimentos e/ou informações complementares.

O presente formulário somente terá validade para a finalidade de emissão do Cartão DeFis-SMTT se estiver devidamente preenchido com as informações médicas.

As informações acima prestadas têm como finalidade atender a Constituição Federal, Cap. VII, Art. 227, § 1º, Inciso II bem como a Lei 13.146/2015, Art. 47, §4º e Portaria N.º 021/2018- SMTT. O médico se responsabiliza pela veracidade das informações médicas prestadas a este órgão, sob as penas da lei.

Arapiraca, de _____ de 20____

Assinatura e CRM do médico

Autorizo a divulgação de informações médicas ao meu respeito, contidas neste atestado, para finalidade de obtenção do Cartão DeFis-SMTT.

Assinatura da Pessoa com Deficiência ou seu Responsável Legal