

**MODELO (Anexo I à Portaria nº 164/00-SMT.GAB.)**

**REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO DE MÉDICO**  
**no “Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo”**  
(Lei 12.490/97, Decretos 37.085/97, 37.346/98 e 38.815/99; Lei 12.632/98 e Decreto 39.563/00)

N.º \_\_\_\_\_

Nome do(a) médico(a): \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Tel./fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Placa do veículo/Município: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Marca/modelo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Chassi: \_\_\_\_\_  
RENAVAN: \_\_\_\_\_ Licenciado para o exercício de \_\_\_\_\_

O requerente solicita seu credenciamento junto ao DSV/CET, apresentando para tanto, neste ato:

- 1- Termo de Compromisso do bom uso da autorização, conforme definido no Decreto n.º 39.563/00;
- 2- Cópias xerográficas autenticadas dos documentos comprobatórios de:
  - 2.1.- Regular inscrição no CRM;
  - 2.2.- Residência no Município de São Paulo;
  - 2.3.- Certificado de Registro de Veículo – CRV;
  - 2.4.- Certificado de Licenciamento Anual;
  - 2.5.- Carteira de Identidade ou documento equivalente;

O requerente responsabiliza-se, sob as penas da lei, pela veracidade das informações prestadas a esse órgão.

São Paulo, de \_\_\_\_\_ de 2.000

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a) requerente ( firma reconhecida)

**RECIBO DE REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO DE MÉDICO**  
**no “Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo”**

Nome do Médico (a): \_\_\_\_\_ CRM n.º \_\_\_\_\_  
Veículo de placa: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Marca/modelo: \_\_\_\_\_  
Recebido ( pelo CRM ): \_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_

**MODELO (Anexo II à Portaria nº 164/00-SMT.GAB. /2000)**

**TERMO DE COMPROMISSO**

\_\_\_\_\_, médico (a) ,  
CRM n.º \_\_\_\_\_, R.G. n.º \_\_\_\_\_, residente na  
\_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_,  
telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_, no  
Município de São Paulo, compromete-se, sob as penas da lei, a fazer bom uso da  
autorização que lhe foi concedida exclusivamente para circular com o veículo de  
placa/município \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ marca/modelo \_\_\_\_\_  
chassis \_\_\_\_\_, RENAVAN \_\_\_\_\_,  
de sua propriedade, nos termos da Lei n.º 12.632/98 e do Decreto n.º 39.563/00  
(ou dos que vierem eventualmente a substituí-los), nos dias e horários da  
restrição à circulação implantada pela Lei n.º 12.490/97 e seus decretos  
regulamentadores, estando ciente de que a referida autorização somente terá  
validade se o veículo for usado unicamente para seu próprio transporte, no  
exercício de sua profissão, não podendo ser usufruída por qualquer outra pessoa  
ou circunstância.

Declara, ainda, que respeitará os termos do Decreto n.º 39.563/00 e da  
Portaria SMT-GAB n.º \_\_\_\_\_ /2000, em especial as normas estabelecidas sobre o  
bom uso da autorização recebida, e que providenciará a devolução ao Conselho  
Regional de Medicina do “Cartão DSV-Médico” e dos selos identificadores do  
veículo, na hipótese de não mais remanescerem as condições que ensejaram a  
concessão da autorização.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

---

(firma reconhecida)

**TIMBRE DO CRM**

( ANEXO III - à Portaria nº 164/00-SMT.GAB.)  
“**CARTÃO DSV – MÉDICO**”

**AUTORIZAÇÃO PARA CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO DE MÉDICO**  
“Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo”  
(Lei 12.490/97, Decretos 37.085/97, 37.346/98 e 38.815/99; Lei 12.632/98 e Decreto 39.563/00)

	<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO -PMS</b>	<b>Selo Holográfico</b>
	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES - SMT</b>	
	<b>DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO DO SISTEMA VIÁRIO - DSV</b>	
<b>CARTÃO DSV - MÉDICO</b>	<b>AUTORIZAÇÃO PARA CIRCULAÇÃO</b>	
	<b>DE VEÍCULO DE MÉDICO</b>	
	<b>(LEI MUNICIPAL N.º 12.632/98)</b>	
	<b>DSV</b>	<b>CPTran</b>
	<b>CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - CRM - SP</b>	
	<b>Observações constantes no verso</b>	

Obs.: Modelo do Cartão Sem escala

Especificação do “Cartão DSV – Médico” : Cartão Triplex, 350 gramas por m<sup>2</sup> (g/m<sup>2</sup>), formato 140 x 150 mm, impresso 2 x 1 cores, com reticula na parte frontal em degradê 10% da Logomarca do CREMESP.

**( ANEXO III - à Portaria nº 164/00-SMT.GAB )  
“CARTÃO DSV – MÉDICO” - Verso**

**AUTORIZAÇÃO PARA CIRCULAÇÃO DE VEÍCULO DE MÉDICO**  
“Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo”  
(Lei 12.490/97, Decretos 37.085/97, 37.346/98 e 38.815/99; Lei 12.632/98 e Decreto 39.563/00)

**OBSERVAÇÕES:**

1. Somente tem validade o original do “Cartão DSV - Médico”, cujas características estão definidas no ANEXO III a esta Portaria, e que deverá ser:
  - 1.1 - Colocado sobre o painel do veículo, com a frente voltada para cima;
  - 1.2 - Apresentado à autoridade de trânsito ou seus agentes, sempre que solicitado.
2. Os selos identificadores deverão ser holográficos, ter características definidas no ANEXO IV à Portaria SMT-GAB, e não apresentar rasuras nem desgastes, devendo ser afixados, um deles no canto interno inferior direito do pára-brisa, e o outro, no canto interno inferior direito do vidro traseiro do veículo objeto da autorização.
3. A autorização fica sem valor, caso o médico venha a ficar impedido de exercer sua profissão, ou ainda, se não remanescerem as demais condições que ensejaram sua concessão, fatos que ensejarão a obrigatoriedade da devolução do cartão e dos selos, pelo CRM ao DSV.
4. O “Cartão DSV – Médico” e o selo identificador, que deverão ser utilizados conjuntamente, poderão ser recolhidos pelo agente de trânsito, ficando a autorização sujeita à cassação, a critério do Diretor do DSV, se usados em desacordo com o estabelecido na Portaria SMT-GAB, considerando-se como tal:
  - 4.1 - O empréstimo ou cessão do “Cartão DSV – Médico” a quem quer que seja;
  - 4.2 - O uso, empréstimo ou cessão do veículo contendo os selos identificadores ou portando o “Cartão DSV – Médico”, em desacordo com as disposições nele contidas ou na legislação pertinente;
  - 4.3- O uso de cópia do “Cartão DSV – Médico” , efetuada por qualquer processo;
  - 4.4- O porte do “Cartão DSV – Médico” ou do selo identificador com rasuras ou falsificados;
  - 4.5- O uso do veículo contendo o selo identificador ou do “Cartão DSV – Médico” em desacordo com as disposições nele contidas ou na legislação pertinente, especialmente se constatado pelo agente de trânsito que o veículo, por ocasião da infração, não serviu para o transporte do médico;
  - 4.6 – O uso dos selos identificadores ou do “Cartão DSV – Médico” em veículo não autorizado;
  - 4.7 – O uso do “Cartão DSV – Médico” com validade vencida.

**Obs.: Modelo do Cartão Sem escala**

**Especificação do “Cartão DSV – Médico” : Cartão Triplex, 350 gramas por m<sup>2</sup> (g/m<sup>2</sup>), formato 140 x 150 mm – Verso do “Cartão DSV – Médico”**

**TIMBRE DO CRM**

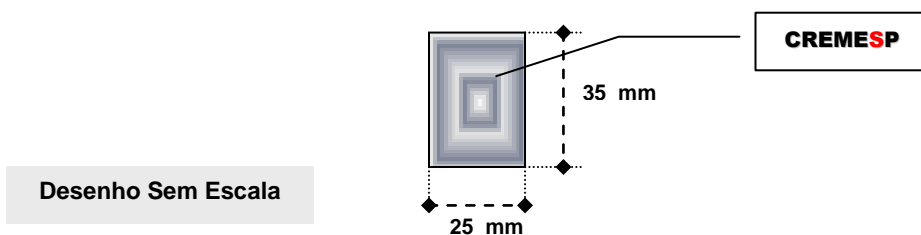
( ANEXO IV - à Portaria nº 164/00-SMT.GAB)  
“SELO IDENTIFICADOR”

1. Especificação do Selo Holográfico (“Cartão DSV – Médico”)

1.1 - Selo Holográfico personalizado auto destrutível em 2D, metalizado, de aplicação manual, formato 35 x 25 mm, a ser aplicado no canto superior direito do “Cartão DSV – Médico”

Dimensões:

Selo Holográfico com 35 x 25 mm aplicado no Cartão DSV – Médico”:



2. Especificação do Selo Holográfico de Segurança (Parabrisa e Vidro Traseiro)

2.1 - Selo Holográfico de segurança bidimensional auto destrutível com dispositivo de evidência de violação.

Confeccionado em poliéster metalizado para aplicação na parte interna do parabrisa e do vidro traseiro dos veículos, com impressão na parte adesivada para leitura pelo lado externo do veículo.

Dimensões:

Selo Holográfico 70 x 50 mm que deverá ser fixado no parabrisa e vidro traseiro dos veículos:

