

CÓDIGO DO POSTO :

Nome do Posto :

PROCESSO SETRANS
Nº E-10 /
/
A Coordenadoria Geral de Controle e Concessão do Vale Social

EU,

Identidade nº :

Órgão Emissor:

CPF nº :

Residente na:

Bairro:

Telefone : ()

 Venho cumprir a exigência Administrativa Médica (Preencher o verso)

pelo motivo _____

conforme documentação anexo.

DOCUMENTOS ANEXOS / OBSERVAÇÃO: _____

Nestes Termos, pede deferimento.

Em : ____ de ____ de ____ .

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

Assinatura e Carimbo (Posto de Cadastramento)

II - USO EXCLUSIVO DE SETRANS (CONFERÊNCIA E ANÁLISE ADMINISTRATIVA)

Recebido na SETRANS

Conferido por :

Analisado por :

() 1-CONCEDIDO () 2-INDEFERIDO

Motivo Indeferimento : ()

Em ____ / ____ / ____

Em ____ / ____ / ____

Em ____ / ____ / ____

III - USO EXCLUSIVO DE SETRANS (ANÁLISE MÉDICA DO REQUERIMENTO DO RECURSO)

Análise Médica :

() 1 - CONCEDIDO

() 2 - INDEFERIDO

() 1-Deficiente Físico

() 2-Deficiente Mental

() 3-Deficiente Visual

() 4-Deficiente Auditivo

() 5-Doente Crônico

Nº do CID

Nº do CID

Nº do CID

Nº do CID

Nº do CID

() PERÍCIA MÉDICA: DEFICIÊNCIA () PERMANENTE () TRANSITÓRIA

Acompanhante: () SIM () NÃO

Frequência mensal para o tratamento () vezes

Quantidade de Vales ()

Motivo do Indeferimento ()

Médico Analista: ()

Assinatura/Mat.Carimbo

Em : ____ / ____ / ____

IV - USO EXCLUSIVO DO POSTO DE CADASTRAMENTO (ENTREVISTA)

Tipo de Transporte Utilizado: () Trem () Barca () Metrô () Ônibus Intermunicipal

Exclusivo para Portadores de Doença Crônica : Indicar os deslocamentos necessários :

Origem _____ x _____ Destino Tipo : _____

Origem _____ x _____ Destino Tipo : _____

Origem _____ x _____ Destino Tipo : _____

Origem _____ x _____ Destino Tipo : _____

..... corte aqui

..... corte aqui

..... corte aqui

Nome do Requerente : _____

Em : ____ / ____ / ____

Local: _____

LAUDO MÉDICO PARA CONCESSÃO DO VALE SOCIAL

Senhor Médico,

A Lei Estadual nº 4510/05, que instituiu o VALE SOCIAL, dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus, trem, metrô e barca, para as pessoas portadoras de deficiência ou doença crônica que exija tratamento continuado e cuja interrupção possa acarretar risco de morte.

Conforme regulamentação, será concedido o VALE SOCIAL aos portadores de doenças crônicas que necessitam efetuar deslocamento, exclusivamente para realização de tratamento freqüente, continuado e sem interrupção, em ambiente hospitalar ou de referência e/ou para recebimento de medicamento em órgão oficial de saúde. **O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO!** Informações adicionais poderão ser prestadas em documento próprio da Instituição de Saúde Pública.

Nome do Paciente :		
CPF:	Atestamos que o paciente acima é portador de:	
<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Mental <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Doença Crônica		
Descrição sucinta da Deficiência ou do Quadro Clínico : <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>		
Diagnóstico :	CID 10 nº:	
PARA DOENTES CRÔNICOS e DEFICIENTES MENTAIS	Nº do Prontuário :	Data de início do tratamento : / /
	Tratamento Proposto:	
	Frequência mensal para o tratamento : ()	
Médico Assistente :		Nº CRM :
Unidade Pública de Saúde :		
Endereço Completo:		
Telefone: ()	<div style="border-top: 1px solid black; text-align: center; margin-top: 10px;"> Assinatura/Carimbo/Nº CRM Em, / / </div>	
Bairro :		
Município:		
Em, _____ de _____ de _____ <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> Assinatura do Requerente ou Representante Legal	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> Assinatura e Carimbo (Posto de Cadastramento)	