

**REQUERIMENTO DE RECURSO DE INDEFERIMENTO**
**CÓDIGO DO POSTO :**

Nome do Posto :

**PROCESSO SETRANS**

Nº E-10 /

/

**Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Transporte**

EU,

Identidade nº :

Órgão Emissor:

CPF nº :

Residente na:

Bairro:

Telefone : (    )

Que tive o pedido de concessão do Vale Social Indeferido na análise  Administrativa  Médica pelo motivo \_\_\_\_\_ venho requerer a V. Exa reexame de minha solicitação. (No caso de Indeferimento Médico, preencher o verso)

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:

( ) Deficiência Física ( ) Deficiência Mental ( ) Deficiência Visual ( ) Deficiência Auditiva ( ) Doença Crônica

Descrição sucinta da Deficiência ou do Quadro Clínico :

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: (     )

Bairro :

Município:

Assinatura/Carimbo/Nº CRM     Em,     /     /

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

Assinatura e Carimbo ( Posto de Cadastramento )