

1ª Via

 Recurso

 Renovação

Colar aqui

foto 3 x 4

**CÓDIGO DO POSTO :**

Nome do Posto :

**PROCESSO SETRANS**
**Nº E-10 /**
**/**
**I - DADOS CADASTRAIS**

 Nome do  
Requerente:

 Sexo:  Masc.  Fem.

Data Nascimento: / /

CPF:

 CPF próprio:  Sim  Não Se não, Nome Resp. CPF:

Nº Identidade ou Cert.Nascimento:

Órgão Emissor :

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço :

Nº :

Complemento :

Bairro :

Município :

Estado:

CEP :

Telefone(s): ( )

**II - 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 : \_\_\_\_\_

Origem \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Destino Tipo : \_\_\_\_\_

**III - USO EXCLUSIVO DE SETRANS (ANÁLISE ADMINISTRATIVA)**

Recebido na SETRANS

Conferido por :

Analisado por :

 1-CONCEDIDO  2-INDEFERIDO

Motivo Indeferimento : ( )

Em / /

Em / /

Em / /

**IV - USO EXCLUSIVO DE SETRANS (ANÁLISE MÉDICA)**

Análise Inicial :

 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

 **EXIGÊNCIA:** Motivo da Exigência: ( )

 **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 : / /

..... corte aqui ..... corte aqui ..... corte aqui .....

Nome do Requerente : \_\_\_\_\_

Em : / /

Local : \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo/Posto

## 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;"/>		
Diagnóstico :	CID 10 nº:	
PARA DOENTES CRÔNICOS e DEFICIENTES MENTAIS	Nº do Prontuário : _____	Data de início do tratamento :    /    /
	Tratamento Proposto:	
	Freqüência mensal para o tratamento : (    )	
Médico Assistente : _____		Nº CRM :
Unidade Pública de Saúde :		
Endereço Completo:		
Telefone: (    )	_____ Assinatura/Carimbo/Nº CRM    Em,    /    /	
Bairro :		
Município:		
Em, _____ de _____ de _____  _____ Assinatura do Requerente ou Representante Legal	_____ Assinatura e Carimbo ( Posto de Cadastramento )	

--	--