



CÓDIGO DO POSTO :

Nome do Posto :

PROCESSO SETRANS

Nº E-10 /

/

Identidade nº :

Órgão Emissor:

CPF nº :

Endereço :

Nº :

Complemento :

Bairro :

Município :

CEP :

Estado: RJ

Tel: ()

E-mail :

Venho cumprir a exigência

Administrativa

Médica (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

CID X

CID X

CID X

CID X

CID X

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

Acompanhante: () SIM () NÃO

Frequência mensal () vezes

Nº Viagens ()

Motivo do Indeferimento ()

Médico Analista: ()

Assinatura/Mat.Carimbo

Em : ____ / ____ / ____

IV - USO EXCLUSIVO DO POSTO DE CADASTRAMENTO (ENTREVISTA)

Transporte Utilizado: (1) Trem (2) Barca (3) Metrô (4) Ônibus Inter (5) Ônibus Intra

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 : ()

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:

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)