

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 transport intermunicipal de passageiros por ônibus, trem, metrô e barca, para as pessoas portadoras de deficiência ou doença crônica que exij 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/o 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)