

CADASTRO DE VALE SOCIAL PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS OU DOENÇAS CRÔNICAS

1- 1ª VIA
 2- RENOVAÇÃO

3-NOME DO BENEFICIÁRIO						
4-SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		5-IDENTIDADE		6-DATA DE EMISSÃO	7-ÓRGÃO EMISSOR	8-UF
9-DATA DE NASCIMENTO		10-ENDEREÇO				
			11-NÚMERO	12-COMPLEMENTO		
13-BAIRRO			14-CIDADE			
15-CEP		16-TELEFONE		17-CPF	18-CONTROLE	
Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.						
_____ / ____ / ____ LOCAL E DATA			 ASSINATURA DO SOLICITANTE		
RESERVADO À SETRANSOL				CONFERIDO POR		
<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO		<input type="checkbox"/> S/ ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> C/ ACOMPANHANTE		_____ / ____ / ____ DATA DE ENTRADA ASSINATURA E CARIMBO		
..... RESPONSÁVEL		VALIDADE:	MAX. UTIL. DIÁRIAS:			

LEIA COM BASTANTE ATENÇÃO AS RECOMENDAÇÕES ABAIXO:

- A) O cartão que está sendo solicitado se destina à utilização exclusivamente de ônibus nas linhas intermunicipais e municipais;
 - B) Providencie tudo com calma evitando atropelos e enganos;
 - C) Não esqueça de assinar o formulário;
 - D) **IMPORTANTE:** O verso da ficha é para ser preenchido por médico do serviço público de saúde oficial de sua localidade;
 - E) **JUNTAR:** Cópia do RG (para menores, cópia da certidão de nascimento e cópia do RG do representante legal), CPF, comprovante de residência (atualizado e comprovando vínculo) e exame médico;
- Obs.: As cópias de documentos deverão ser acompanhadas dos respectivos originais para conferência, no caso de Doença Crônica trazer Declaração de Tratamento.**
- F) Informações nas Centrais de Atendimento: Cabo Frio (22) 2647-8200 RAMAL: 260 – Araruama (22) 2665-4143.

LAUDO MÉDICO PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS OU DOENÇAS CRÔNICAS

NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:

———— PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ————

DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

———— PARA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS ————

DESCRIÇÃO DETALHADA DO QUADRO CRÔNICO

DIAGNÓSTICO	CID Nº
-------------	--------

TRATAMENTO OU TERAPIA PROPOSTA
FREQÜÊNCIA MENSAL PARA O TRATAMENTO : <input type="checkbox"/> ATÉ 05 VEZES <input type="checkbox"/> DE 06 A 10 VEZES <input type="checkbox"/> DE 11 A 15 VEZES <input type="checkbox"/> MAIS DE 15 VEZES

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE	
HOSPITAL OU UNID. DE SAÚDE PÚBLICA	
ENDEREÇO (RUA, CIDADE, TEL.)	

Nº CRM		ASSINATURA E CARIMBO	
DATA			

Obs.: No carimbo deverá constar: NOME DO MÉDICO, CRM e a ESPECIALIDADE.