GOVERNO DO Rio de Janeiro

FICHA DE CADASTRO PARA VALE SOCIAL

( ) 1ª Via ( ) Renovação

Colar aqui foto 3 x 4

CÓDIGO DO POSTO :	PROCESSO SETRANS
Nome do Posto :	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	Freqüência mensal para o tratamento ( ) vezes	Quantidade de Vales( )

Motivo do Indeferimento ( )

Médico Analista: ( )

Assinatura/Mat.Carimbo Em : / /

. . . . . *corte aqui* . . . . . *corte aqui* . . . . . *corte aqui* . . . . . .

GOVERNO DO Rio de Janeiro

PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DO VALE SOCIAL

Nome do Requerente : _____

Em : / / Local : _____ Assinatura e Carimbo/Posto

GOVERNO DO Rio de Janeiro

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)