GOVERNO DO Rio de Janeiro

CADASTRO DE VALE SOCIAL PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA E DOENÇA CRÔNICA

( ) 1ª Via ( ) Recurso ( ) 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)

( ) EXIGÊNCIA: Motivo da Exigência: ( )

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

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