

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:
<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Mental <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> 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: ()	_____ Assinatura/Carimbo/Nº CRM Em, / /
Bairro :	
Município:	
Em, _____ de _____ de _____	
_____ Assinatura do Requerente ou Representante Legal	_____ Assinatura e Carimbo (Posto de Cadastramento)