

## CADASTRO DE VALE SOCIAL PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS OU DOENÇAS CRÔNICAS

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

### 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 todo preenchido por médico especialista 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 na Central de Atendimento de Cabo Frio: (22) 2647-8200 RAMAL: 260.
- G) **Endereço Cabo Frio:** Avenida Central, nº 81, Jardim Excelsior – Cabo Frio. (Atrás do Mercado Extra da Rodoviária).  
**Endereço Araruama:** Rua Comendador José Augusto Carvalho 130, Centro - Araruama. (Boxes 1,2 e 3 ao lado da Rodoviária).

# 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:  ATÉ 05 VEZES  DE 06 A 10 VEZES  DE 11 A 15 VEZES  MAIS DE 15 VEZES

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE	
HOSPITAL OU UNID. DE SAÚDE PÚBLICA	
ENDEREÇO (RUA, CIDADE, TEL.)	
Nº CRM	
DATA	
ASSINATURA E CARIMBO	

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