

CADASTRO DE ESPECIAL

PROTOCOLO Nº

O cadastro do Cartão Melhor Especial só poderá ser feito mediante presença do(a) beneficiário(a), com documento de identificação, ou, seu responsável legal.

PESSOAIS	NOME										SEXO	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO	RUA / AV. / ETC											
	NÚMERO	BAIRRO							CEP:			
	CIDADE								FONE			
FILIAÇÃO	PAI											
	MÃE											
LINHA	IDA										CÓDIGO	
	VOLTA										CÓDIGO	

MARQUE ABAIXO O TIPO DE GRATUIDADE SOLICITADA:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> FÍSICO COM DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO | <input type="checkbox"/> VISUAL | <input type="checkbox"/> FÍSICO GRAVE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE |
| <input type="checkbox"/> MENTAL | <input type="checkbox"/> AUDITIVO | <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS |
| <input type="checkbox"/> RENAL CRÔNICO | <input type="checkbox"/> SORO POSITIVO (HIV) | <input type="checkbox"/> OUTROS _____ |

PARA O CADASTRAMENTO O(A) BENEFICIÁRIO(A) DEVERÁ APRESENTAR OS DOCUMENTOS CONSTANTES NO VERSO, DE ACORDO COM O TIPO DE GRATUIDADE (CÓPIAS AUTENTICADAS OU MUNIDOS DOS ORIGINAIS):

Declaro ser verdadeiras as informações acima descritas:

Ass. Responsável Legal

Ass. Beneficiário(a)

Polegar

Obs.: _____

Visto CCI

RENOVAÇÃO

Para renovar o benefício, observe a data de validade do seu Cartão MELHOR ESPECIAL. O pedido deve ser feito 30 dias antes do vencimento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR O BENEFÍCIO DA GRATUIDADE

I - PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS, AUDITIVAS, VISUAIS E MENTAIS – Lei 5.938/2007

- a) Foto 3 x 4 colorida recente e capturada no ato do cadastro;
- b) Cópia do comprovante de residência;
- c) Cópia de documento de identidade com foto;
- d) Atestado Médico com indicação do CID (Classificação Internacional de Doenças) que comprove ser portador de um dos tipos de deficiência previsto no caput;
- e) Laudo médico de audiometria, se for o caso;
- f) Em caso de deficiência mental trazer declaração com a frequência do tratamento;
- g) Cópia da Carteira de Identificação emitida pela Secretaria de Transporte e Serviços Urbanos, mediante a apresentação pelo interessado de declaração fornecida pela Associação de Deficientes Físicos de Cachoeiro de Itapemirim, Centros de Atenção Psicossociais ou entidades assemelhadas reconhecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, que especifique a deficiência e/ou doença a que está acometido, acompanhada de atestado médico que comprove tal situação, devendo ainda os portadores de deficiência física provarem ter dificuldade de locomoção e os portadores de deficiência auditiva provarem frequência à escola, além de comprovarem a insuficiência de rendimentos para arcar com os custos do transporte coletivo.

II – RENAIIS CRÔNICOS – Lei 4.081/1995

- a) Foto 3 x 4 colorida recente e capturada no ato do cadastro;
- b) Cópia do comprovante de residência;
- c) Cópia de documento de identidade com foto;
- d) Declaração de Hospital que faz hemodiálise;
- e) Não ser transplantado;
- f) Cópia da Carteira de associado à ARCCI - Associação Renais Crônicos de Cachoeiro de Itapemirim.

III – PORTADORES DO VIRUS HIV - Lei 4.272/1997

- a) Foto 3 x 4 colorida recente e capturada no ato do cadastro;
- b) Cópia do comprovante de residência;
- c) Cópia de documento de identidade com foto;
- d) Laudo Médico comprovando tratamento no Centro de Infectologia de Cachoeiro de Itapemirim.

II – ALUNOS DA APAE - Lei 5.297/2002

- a) Foto 3 x 4 colorida recente e capturada no ato do cadastro;
- b) Cópia do comprovante de residência;
- c) Cópia de documento de identidade com foto;
- d) Declaração da APAE que comprove a matrícula;
- e) Laudo médico com indicação do CID – Classificação Internacional de Doenças.

CENTRAL DE ATENDIMENTO DO CARTÃO MELHOR - CCI