

CADASTRO GRATUIDADE

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.

DADOS DO BENEFICIÁRIO	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:

- ☐ RENAL CRÔNICO
- ☐ SORO POSITIVO (HIV)
- ☐ OUTROS _____
- ☐ PACIENTE ONCOLÓGICO
- ☐ SÊNIOR 60 A 64 ANOS
- ☐ TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
- ☐ SÊNIOR 65 ANOS OU MAIS

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.

I - IDOSO 60 A 64 ANOS - Lei 5898/2006

Documentos necessários:

- a) Certidão negativa de bens e imóveis (original e copia);
- b) Cópia comprovante de renda (ou declaração que não possui renda com firma reconhecida) em caso de aposentado ou pensionista trazer extrato do INSS;
- c) Cadastro Único;
- d) 01 foto 3x4 recente;
- e) Cópia comprovante de residência atualizado;
- f) Cópia identidade ou carteira de trabalho e CPF.

II - IDOSO 65 ANOS OU MAIS

- a) Cópia do Documento de Identidade com foto;
- b) Cópia do CPF;
- c) 01 Foto 3x4 Atual;
- d) Cópia do comprovante de residência.

III - TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

- a) Cópia do Documento de Identidade com foto;
- b) Cópia do CPF;
- c) 01 foto 3x4 atual;
- d) Cópia do comprovante de residência;
- e) Cópia do laudo médico.

IV - PACIENTE ONCOLÓGICO

- a) Cópia do Documento de Identidade com foto;
- b) Cópia do CPF;
- c) 01 foto 3x4 atual;
- d) Cópia do comprovante de residência;
- e) Cópia do laudo medico;
- f) Cópia do laudo medico da assistente social.

V - RENAIS 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.

VI - PORTADORES DO VÍRUS 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.