



**Ficha de Inscrição – Pessoa com Deficiência – Transporte Público**  
**Decreto nº 5.676, de 27 de Abril de 2017.**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Assinatura do requerente: \_\_\_\_\_

Para preenchimento da Prefeitura - TRAZER DOCUMENTOS ORIGINAIS E CÓPIA

Art. 3º – Pessoa com Deficiência ( )		Art. 7º – Tratamento Médico ( )	
Relatório médico de constatação da deficiência, bem como a necessidade de acompanhante		Relatório médico de constatação do tratamento médico, bem como a necessidade de acompanhante	
Documento de identificação com foto		Documento de identificação com foto	
CPF		CPF	
Comprovante atualizado de residência no Município		Comprovante atualizado de residência no Município	
2 fotos 3X4		2 fotos 3X4	
		Comprovantes de rendimentos do beneficiário ou declaração de próprio punho que não possui rendimento	

Data de protocolo: \_\_\_\_\_

- Retirar o relatório médico na Unidade de Saúde do bairro (Postinho).
- Horário de atendimento da Central de Atendimento – 9 h – 12 h.

\_\_\_\_\_ Assistente Social