

LAUDO MÉDICO DE REQUERIMENTO DO RIOCARD ESPECIAL

Gratuidade em linhas municipais nos ônibus e micro-ônibus, na cidade do Rio de Janeiro, conforme a Lei Municipal nº 3.167/2000 e o Decreto nº 41.575 de 18 de abril de 2016, que deu nova redação ao Decreto 32.842/10.

REQUERIMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÔNICA

1ª Via (concessão) Revalidação Não Muniçipe

DADOS CADASTRAIS

Nome do **Requerente**:

Nome social do **Requerente***:

Sexo: Masculino Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

CNS:

CPF:

CPF próprio? Sim Não

Nome do **Responsável Legal****:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município de moradia:

UF:

CEP:

Telefone(s):

Cópia de documentos entregues junto à solicitação: RG CPF Comp. Residência Laudo

*Somente se exigido pelo requerente, não obrigatório.

**Obrigatório se menor de idade e não possuir CPF próprio.

REQUERIMENTO POR (Marque somente 1 opção)

Deficiência Doença crônica

Preencher somente em caso de requerimento por Deficiência

DEFICIÊNCIA FÍSICA:

CID 10:

Utiliza prótese ou órtese? Sim Não Se SIM. Qual(ais)?

Utiliza meio auxiliar de locomoção? Sim Não Se SIM. Qual(ais)?

Cadeira de rodas Muletas

Outros _____

DEFICIÊNCIA AUDITIVA:

CID 10:

Limiar auditivo: **OD:** ____ dB (via aérea) **OE:** ____ dB (via aérea)

Observações:

Com correção: **OD:** ____ dB (via aérea) **OE:** ____ dB (via aérea)

DEFICIÊNCIA VISUAL:

CID 10:

Acuidade Visual: **OD:** _____ **OE:** _____

Observações:

Com correção: **OD:** _____ **OE:** _____

Refração **OD:** _____ ESF _____ CIL x _____ **OE:** _____ ESF _____ CIL x _____

Campimetria: **OD:** _____ graus **OE:** _____ graus Especificações:

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:

CID 10:

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Necessita acompanhante? Sim Não Se SIM. Justifique:

Preencher somente em caso de requerimento por Doença Crônica

CID 10: Doença crônica:

CID 10: Doença crônica:

Cortar na linha acima e entregar ao requerente

ESTABELECIMENTO EMISSOR DO LAUDO

CNES:

Nome do profissional:

Frequência para o tratamento: _____ nº de vezes Semanal MensalDuração do tratamento: _____ **mês(es)**.**LAUDO MÉDICO** (Descreva a situação clínica atual do paciente, a necessidade do tratamento e a proposta terapêutica.) ***Letra legível***Necessita de acompanhante: Sim Não. **Se SIM, justifique abaixo:****UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES COLETIVOS (ônibus) INFORMADO – Exclusivo para pessoas com Doença Crônica**

Indicar os deslocamentos necessários:

Origem _____	x	Destino - Linha: _____
Origem _____	x	Destino - Linha: _____
Origem _____	x	Destino - Linha: _____
Origem _____	x	Destino - Linha: _____
Origem _____	x	Destino - Linha: _____

Médico solicitante:

Assinatura/Matrícula-CRM e Carimbo

Em: ____/____/____.

PARECER DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - Uso Exclusivo da Análise Médica

CNES:

Nome da Unidade:

 Exigência Motivo da exigência:Frequência **mensal** para o tratamento _____ vezes.Pedido: **DEFERIDO** **INDEFERIDO**

Motivo do indeferimento:

Médico analista:

Assinatura/Matrícula-CRM e Carimbo

Em: ____/____/____.

Orientações ao usuário

- 1 – Guarde este comprovante. Ele comprova a entrega dos documentos na unidade de saúde para requerer o seu benefício.
- 2 – Acompanhe junto à unidade de saúde requisitante a análise da sua solicitação ou pelo telefone 4003-3737. Após deferido, a concessionária libera o benefício em até 48h. Caso o laudo não esteja legível ou incompleto, a unidade de saúde requisitante pode solicitar um novo laudo.
- 3 – Depois de 48h do deferimento do benefício, o usuário deve agendar sua foto e a retirada do cartão, o agendamento pode ser realizado pelo telefone **4003-3737** ou pelo site www.cartaoriocard.com.br/rcc/gratuidade. O cartão estará disponível em até 10 dias após a liberação do benefício.