



PREFEITURA MUNICIPAL DE RESENDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE GOVERNO  
SUPERINTENDÊNCIA DE TRANSPORTE E TRÂNSITO

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GRATUIDADE NOS TRANSPORTES  
COLETIVOS URBANOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA/NEOPLASIA  
MALIGNA - LEI N° 3.860 DE 12 DE SETEMBRO DE 2022 - PMR.

INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

Nome:			
RG:	Data de Emissão:	Orgão Emissor:	UF:
CPF:	Data de Nascimento:	GÊNERO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	Cidade: Resende	UF: RJ	
CEP:	Telefone Celular:		
Escolaridade:	Profissão:	Benefício:	

Sr.(ª) Secretário (ª),

Venho à presença de V. S°. requerer a concessão da gratuidade nos transportes coletivos urbanos, nos termos da Lei Municipal n° 3.860 de 12 de Setembro de 2022.

Afirmo, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras e de minha exclusiva responsabilidade.

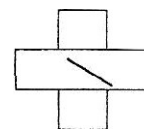
Nestes termos, peço deferimento.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Impressão Digital:

Assinatura do Requerente ou do seu Responsável:

\_\_\_\_\_



**GRATUIDADE NO TRANSPORTE COLETIVO URBANO PARA PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA/NEOPLASIA MALIGNA - LEI Nº 3.860 DE 12 DE SETEMBRO DE 2022 - PMR.**

**LAUDO MÉDICO**

Requerente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atesto para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte urbano coletivo de passageiros, que o requerente acima qualificado e que se identificou, possui a **deficiência ou patologia** abaixo assinalada.

Tipo de Deficiência	Código Internacional de Doença
Deficiência Física <input type="checkbox"/>	CID – 11  (Preencher com códigos quantos sejam necessários)
Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/>	
Deficiência Visual <input type="checkbox"/>	
Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/>	
Autismo <input type="checkbox"/>	
Neoplasia Maligna <input type="checkbox"/>	

**Laudo Médico e Histórico da Deficiência/Patologia – (informar se necessita de acompanhante)**

ASSINATURA/ CARIMBO E REGISTRO NO CRM

ASSINATURA/ CARIMBO COORDENADOR(A) UNIDADE DE SAÚDE